

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

L'ÉPIDÉMIE AU-DELÀ DU DISCOURS MÉDICAL : EXPLORATION DU CADRAGE DE LA PRESSE
CANADIENNE FRANCOPHONE DE L'ÉPIDÉMIE DE ZIKA DE 2016

MÉMOIRE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
LA MAÎTRISE EN LETTRES (COMMUNICATION SOCIALE)

PAR
ALHASSANIA KHOUYI

AVRIL 2020

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sida, sang contaminé, amiante, vache folle, chikungunya, grippe A... À la faveur de plusieurs crises sanitaires très médiatisées, d'actions militantes largement publicisées, et de décisions politiques s'y référant, les thématiques de santé ont gagné l'espace public. Cette émergence des questions de santé provoque la multiplication des discours et donc de la communication ayant trait à la santé, dépassant désormais le seul cadre médical.

Romeyer (2010, p. 5)

REMERCIEMENTS

Au terme de ce mémoire, j'aimerais présenter mes sincères remerciements à mon directeur de recherche monsieur François Guillemette qui m'a guidé et orienté afin que ce mémoire puisse voir le jour. J'aimerais également remercier mon ancienne directrice, madame Synda Ben Affana pour sa disponibilité et à ses enseignements grâce auxquels mes idées se sont transformées d'un simple balbutiement à un sujet de recherche structuré.

Je ne saurais passer sans remercier mes évaluateurs, monsieur Stéphane Perreault et monsieur Benoît Cordelier pour la qualité et la justesse de leurs commentaires et pour le temps qu'ils ont consacré à l'évaluation de mémoire. Je remercie également les professeurs du département de communication sociale particulièrement monsieur Jason Luckerhoof, monsieur Joel Katambwe et madame Mireille Lalancette pour la qualité de leurs séminaires et leurs efforts afin de rendre notre passage de maîtrise une expérience académique et personnelle des plus fructueuses.

Mes remerciements vont à mes parents, mon conjoint et mes amis pour leur soutien inconditionnel sans lequel je n'aurais pu voir la lumière au bout du tunnel.

Finalement, que tous ceux qui ont contribué de près ou de loin au bon déroulement de ce travail, et qui sont trop nombreux pour être cités ici, veuillent bien trouver ici l'expression de ma reconnaissance et mes remerciements les plus sincères.

SOMMAIRE

Lorsqu'il s'agit de renseignements qui excèdent la sphère quotidienne des citoyens, ces derniers se tournent vers les médias comme principale source d'information. Les publications scientifiques foisonnent d'auteurs qui ont mis en lumière cette relation comme Willett (1992), Strömbäck (2013) et Yengar (1994). Dans le présent mémoire, nous nous inspirons des théories de l'*agenda-setting*, du cadrage et de la médiatisation afin de comprendre comment la presse canadienne francophone a cadré l'épidémie de Zika de 2016.

Dans cette étude exploratoire et qualitative, nous avons analysé 45 articles publiés entre octobre 2015 et mai 2017. Notre analyse thématique a permis d'identifier quatre cadres : le cadre informationnel, le cadre émotionnel, le cadre institutionnel et le cadre moralisateur. Le cadre informationnel englobe des éléments liés à l'incertitude de l'information et à la difficulté du diagnostic. Le cadre émotionnel permet de mieux comprendre la crise sociale de cette épidémie et l'élan de réassurance accordé au lectorat canadien et québécois. Le cadre moralisateur propose un responsable de l'épidémie à savoir les femmes, et reprend le débat sur l'avortement. Le cadre institutionnel englobe des éléments liés au gouvernement et à l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

L'analyse des cadres nous a permis de comprendre que le début de la couverture médiatique de l'épidémie de Zika est caractérisé par l'omniprésence de deux cadres, soit le cadre informationnel et le cadre émotionnel. Au fur et à mesure que l'épidémie évolue,

nous remarquons que le cadrage passe du caractère thématique au caractère épisodique. Cette mouvance du cadrage se traduit par l'explication accordée à la progression de l'épidémie. C'est une explication qui valse entre le manque de compétence des gouvernements (cadrage thématique) et le manque de prudence des femmes (cadrage épisodique).

Ce mémoire comporte cinq chapitres. Dans le premier, nous détaillons les constats qui nous ont inspiré le sujet de notre recherche. Dans le deuxième, nous explicitons les fondements théoriques qui nous ont servi de concepts sensibilisateurs pour appréhender l'objet de notre recherche. Nous présentons dans le troisième chapitre notre démarche méthodologique. Dans le quatrième chapitre, nous exposons nos analyses. Dans le cinquième chapitre, nous discutons les résultats. Nous concluons avec les points saillants de notre travail de recherche, les limites de ce dernier, ainsi que des ouvertures pour de futures études.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	iii
Sommaire	iv
Liste des figures	ix
Liste des tableaux	ix
Liste des abréviations.....	x
Introduction	1
Chapitre 1 - Constats, objectif et objet de recherche.....	5
1.1 Constats	8
1.2 Objectif général de la recherche.....	12
1.3 Objet de recherche.....	14
1.4 Pertinence scientifique et sociale de la recherche	15
Chapitre 2 - Cadre théorique.....	17
2.1 L' <i>agenda-setting</i>	18
2.2 Le cadrage	22
2.3 La médiatisation.....	30
Chapitre 3 - Méthodologie.....	37
3.1 Méthodologie générale de la théorisation enracinée	37
3.2 Construction du corpus	40

3.2.1 Choix des périodes.....	42
3.2.2 Choix des journaux.....	44
3.2.3 Corpus final	45
3.3 Analyse de contenu	47
Chapitre 4 – Résultats de l’analyse	50
4.1 Cadre informationnel	51
4.1.1 Incertitude de l’information.....	53
4.1.2 Difficulté du diagnostic	57
4.2 Cadre émotionnel	59
4.2.1 La crise	60
4.2.2 Rassurant	63
4.2.3 Histoires vécues.....	65
4.3 Cadre moralisateur	68
4.3.1 Responsabiliser les femmes.....	68
4.3.2 Avortement	70
4.4 Cadre institutionnel	71
4.4.1 Les gouvernements.....	72
4.4.1.1 L’incapacité des gouvernements locaux.....	72

4.4.1.2 La discordance entre le message gouvernemental et la réalité sociale	74
4.4.2 L’OMS.....	75
Chapitre 5 - Discussion	78
5.1 Zika : entre cadrage thématique et cadrage épisodique	79
5.2 Zika : entre la primeur et les données quantitatives	83
Conclusion.....	86
1. Rappels nécessaires	86
2. Limites de la recherche et perspective futures	87
Liste des références	89
Annexes	97
Annexe 1 : Construction du corpus	97
Annexe 2 : Description du corpus	98

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Cycle de transmission du virus Ebola.....	10
--	----

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Corpus final	46
Tableau 2 : Fréquence des cadres dans les 45 articles analysés.	50

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CAN : Coupe d'Afrique des nations de football

MERS : Coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient

MTE : Méthodologie de la théorisation enracinée

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONU : Organisation des Nations unies

ROR : Le vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

SRAS/SARS : Syndrome respiratoire aigu sévère

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

UNICEF : Fonds des Nations unies pour l'enfance

Introduction

Des tableaux apocalyptiques, des cadavres qui jonchent les rues par centaines, des villes transformées en immenses charniers, telles sont les images que l'histoire nous révèle des épidémies (Carrière, Courdurié, et Rebuffat, 2008). Fléaux dévastateurs, les épidémies ont transformé des mosaïques démographiques (la peste de 1347 qui a fait 26 millions de morts), ont éteint des commerces florissants (la peste de 1720 qui a ruiné le commerce de Marseille) et ont menacé la progéniture de nations entières (la variole au XVIII siècle) Snowden (2019).

Pendant des siècles, l'art a servi de déversoirs d'affres permettant aux gens d'exhiber un mal chuchoté (Sournia et Ruffel, 1984), soit pour louer des esprits protecteurs ou pour conjurer le mal qui s'abattait sur eux. Ainsi, l'épidémie de la peste de 1347, la plus mortifère de l'histoire de l'humanité, a inspiré Raphaël avec « La peste en Phrygie », Rubens avec « Saint François de Paule apparaissant aux pestiférés », Van Dyck avec « Sainte Rosalie intercédant pour les pestiférés de Palerme », Antoine-Jean Gros avec « Bonaparte visitant les pestiférés de Jaffa » pour n'en citer que quelques-uns.

Plus tard dans l'histoire de l'humanité, la grande faucheuse a envoyé un autre messenger : le choléra. Plus foudroyant et plus cruel que la peste, le choléra pouvait emporter rapidement les plus robustes des humains. Ce n'est pas pour rien que le choléra a inspiré l'expression « une peur bleue ». Les malades, à force de diarrhées et de vomissement, devenaient bleus sous l'effet de la déshydratation. Au cours de l'épidémie de 1832 en France, les citoyens ont eu recours à des billets, faisant office de journaux, pour parler de la nouvelle calamité et pour informer sur la maladie.

Avec la fin de l'ère des saignées, l'avancement de la médecine et la découverte de la pénicilline, l'être humain a cru qu'il était venu à bout de ses épidémies fulgurantes. Mais voilà que d'autres maux surviennent comme le SIDA, le SRAS (Syndrome respiratoire aigu sévère ou SARS), la maladie de Creutzfeldt-Jakob, la maladie de la vache folle (encéphalopathie spongiforme bovine), le virus Ebola, etc. On réalise que les épidémies n'ont pas disparu; elles ont plutôt fait un retour discret dans la société moderne. En plus, l'ouverture de notre société vers le monde a apporté un nouvel élément de gravité des épidémies, celui de leur internationalisation. L'irruption d'une maladie nouvelle et inconnue n'est plus un élément déstabilisateur de la vie quotidienne d'une société géographiquement isolée. C'est plutôt un mal qui dépasse les frontières et qui met en lumière les inégalités entre les sociétés imposant ainsi une solidarité internationale, au moins dans les communautés touchées :

C'est ainsi que le progrès et le développement provoquent l'internationalisation des maladies. Les conséquences culturelles et sociales d'un tel phénomène sont d'une extrême gravité. L'internationalisation des maladies infectieuses aura sans doute contribué plus que bien d'autres facteurs à déstabiliser les médecines traditionnelles et, par-là, à ébranler des sociétés entières (Dufresne, 1985, p. 7).

L'évolution de la société implique une évolution des moyens d'expression. On peut faire ressortir quelques exemples de cette évolution : l'impression de masse a permis aux journaux de remplacer les bulletins de 1832, le développement des technologies de l'information et de communication a permis aux blogues et aux réseaux sociaux de remplacer les salons de thé où la maladie était chuchotée. Pourtant, si la médecine a évolué et les moyens de communication se sont sophistiqués, le besoin de la population d'exhiber

le mal et la peur qui lui est attachée sont restés immuables, « ...au cas où un désastre semblable à celui de 1348 [la peste] s'abattait sur nous [...], nos réactions devant le drame collectif étaient les mêmes que celles de nos ancêtres » (Sournia, 1984, p. 100). Face au péril, les humains sont tous épris par les mêmes peurs et le même instinct de survie.

Dans les sociétés modernes, l'étude de l'épidémie a changé dans la mesure où nous avons vu l'émergence des spécialisations et la diversification des rôles. La sociologie de la maladie, l'anthropologie médicale, la psychologie des soins et bien d'autres disciplines ont permis d'explorer plusieurs sphères outre celle de la médecine, ce qui diversifie les façons dont chacun raconte et étudie la maladie (Adam, Herzlich, 1994). Cette multidisciplinarité liée à l'étude de la santé fait en sorte que le citoyen se retrouve, dans certains cas, devant des discours contradictoires entre science, sociologie et institutions publiques (Ichou, 2009).

En quête d'informations, le citoyen se tourne vers les médias comme source d'information principale. « En période de crise, le public devient presque totalement dépendant des médias pour chercher des informations et des nouvelles qui sont peut-être vitales pour sa survie ainsi que des messages importants de la part des autorités privées et publiques »¹ (Li, 2007, p. 670, traduction libre). Par ce fait, les médias accompagnent les épidémies et présentent au citoyen une vision façonnée pour lui, selon leur définition de la situation.

¹ Citation d'origine : « During crises, the public becomes almost totally dependent on the media for news that may be vital for survival and important messages from public and private ».

En lien avec ce qui précède, comprendre l'épidémie comme phénomène médiatique revêt une grande pertinence pour la recherche en communication sociale. Dans une perspective médiatique et communicationnelle, cela revient à considérer la communication en matière d'épidémies comme étant une communication en situation d'exception. Ainsi, ce mémoire se veut une étude qualitative exploratoire cherchant à comprendre la construction du cadrage médiatique de l'épidémie de Zika de 2016.

Ce mémoire comporte cinq chapitres. Le premier permet de comprendre le questionnement au fondement de la présente recherche. Le deuxième chapitre est consacré au cadre théorique qui se concentre sur les théories de l'*agenda-setting*, du cadrage et de la médiatisation. Le troisième chapitre présente la méthodologie de notre recherche. Nous y explicitons les assises de cette méthodologie générale, sa pertinence pour notre recherche, la construction de notre corpus, ainsi que notre stratégie d'analyse. Dans le quatrième chapitre, nous présentons notre analyse de quatre cadres identifiés dans notre étude : un cadre informationnel, un cadre émotionnel, un cadre moralisateur et un cadre institutionnel. Le cinquième et dernier chapitre portant sur la discussion des résultats permet de décrire la manière dont la presse canadienne francophone a fait la couverture de l'épidémie de Zika de 2016.

Chapitre 1 - Constats, objectif et objet de recherche

Aujourd'hui, la promesse de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) « la santé pour tous en l'an 2000 » semble utopique, surtout avec la prolifération des maladies cardiovasculaires et endocrinologiques comme le diabète, l'augmentation des cas de cancer et la mise en évidence des maladies génétiques. Selon l'OMS, ces nouvelles maladies non transmissibles sont la première cause de décès. Pourtant, lorsqu'une épidémie surgit, les vieilles peurs des siècles marqués par ces calamités émergent.

Avant d'aller plus loin, nous aimerions apporter certaines précisions biologiques afin de mieux situer le vocabulaire pour comprendre le langage des épidémies. Pour qu'il y ait épidémie, trois composantes doivent être présentes. Premièrement, il faut qu'il y ait des individus ayant le potentiel d'attraper la maladie, qu'il s'agisse d'une population naïve (une population qui n'a jamais connu la maladie en question) ou une population ayant connu des poussées épidémiques par le passé. Deuxièmement, le microorganisme responsable doit exister et vivre dans un réservoir. Finalement, un vecteur (insectes, rongeurs, oiseaux, etc.) doit être présent si la maladie est de transmission indirecte (Trotora, 2004). Ce sont des critères propres à chaque poussée épidémique, qu'elle soit causée par un microorganisme connu ou par un agent émergent (d'où le nom d'épidémie émergente). Ce qui change, c'est le cycle de l'épidémie. Certaines épidémies s'estompent au bout de quelques semaines (comme le cas de la rougeole), certaines au bout de quelques mois (comme pour la grippe) et d'autres épidémies persistent pendant des années (comme pour le VIH).

Notons que, lorsqu'il s'agit d'une nouvelle épidémie, il est rarement mentionné que le microorganisme en cause (bactérie, virus ou parasite) soit nouveau. La nouveauté concerne, dans la majorité des cas, la manifestation du microorganisme et ses conséquences sur la santé. Souvent les virus et les bactéries existent dans la nature sous forme de niche dans des huis clos. Il arrive pourtant qu'avec le changement du comportement humain (déforestations, consommation de nouvelle viande, réchauffement climatique), les niches biologiques soient perturbées et provoquent des poussées épidémiques.

Les biologistes évoquent souvent le principe de saut d'espèce lorsqu'un virus ou une bactérie causent des manifestations chez l'humain alors qu'ils étaient censés n'en causer que chez les animaux ou les végétaux. Nous avons assisté à ce scénario avec le VIH, où la consommation de la viande de singes a favorisé le saut d'espèce, le VIH pouvait infecter les humains alors qu'il n'était présent que chez les singes depuis plusieurs siècles. La déforestation nous met devant un pareil scénario où la perturbation des niches biologiques du virus d'Ebola a fait en sorte que le virus a pu se répandre dans les villages avoisinants la rivière Ebola.

Si les épidémies apparaissent plus souvent en Afrique ou sur la ceinture équatoriale, c'est surtout parce qu'il s'agit d'endroits riches en niches biologiques et où la déforestation et l'agression humaine de la nature sont significatives. Il est important de faire ces précisions lorsqu'on parle d'épidémies (anciennes ou nouvelles), car une compréhension du contexte dans lequel les épidémies évoluent aide à diminuer la stigmatisation des pays foyers de ces épidémies.

Selon Beck (2003), Callon et ses collègues (2000), la sociologie de la maladie comporte des points de vue diversifiés qui sont parfois diamétralement opposés. Si l'épidémie était associée à des mesures répressives comme les portes marquées au charbon pour identifier les maisons avec des malades atteints de peste noire, aujourd'hui la société a tendance à la camoufler. Les sociétés anciennes et modernes camouflaient l'épidémie à l'externe (pour les autres sociétés) et la pointaient à l'interne. Cette distinction demeure d'actualité dans les sociétés modernes. Par exemple, il ne fallait pas parler haut et fort des cas d'infection humaine par le MERS² en 2015 en Arabie saoudite pour ne pas déranger la saison du pèlerinage. Il ne fallait pas parler de Chikungunya³ en 2005 haut et fort pour ne pas déranger le tourisme. Il ne fallait pas parler d'Ebola en 2014 pour que les pèlerins provenant d'Afrique ne soient pas refusés au pèlerinage comme il ne fallait surtout pas parler de peste en 1720 à Marseille pour ne pas nuire au commerce. Dans ce qui semble être un archétype, l'annonce de l'épidémie est une décision stratégique dont les dirigeants et les gestionnaires de santé tirent les ficelles. Mais comment prévenir le public d'une maladie qui menace son bien-être? Comment informer le public sur les mesures d'hygiène sans créer des vents de panique? Comment expliciter les non-dits en respectant l'embargo

² Le syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS) est une maladie respiratoire virale due à un nouveau coronavirus détecté pour la première fois en 2012 en Arabie saoudite. Les coronavirus constituent une vaste famille de virus pouvant provoquer des maladies diverses, allant du rhume banal au syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS). Parmi les symptômes habituels du MERS figurent la fièvre, la toux et des difficultés respiratoires. La présence d'une pneumonie est fréquente, mais pas systématique. Environ 35 % des cas notifiés d'infection par le MERS-CoV ont abouti au décès du patient. (OMS, 2019)

³ Le chikungunya est une maladie virale transmise à l'homme par des moustiques infectés. Elle provoque de la fièvre et des arthralgies (douleurs articulaires) sévères. Les autres symptômes sont myalgies, céphalées, nausée, fatigue et éruption. Les douleurs articulaires sont souvent débilitantes et de durée variable. Cette maladie a quelques signes cliniques en commun avec la dengue et la maladie du virus Zika, ce qui peut entraîner un diagnostic erroné dans des zones où ces maladies cohabitent. Il n'existe pas de remède contre cette maladie. Le traitement est essentiellement symptomatique (OMS, 2017).

sur l'information? Le communicateur et à fortiori le journaliste ont une tâche considérable à accomplir pour aider le citoyen à comprendre sans paniquer et à adhérer aux mesures de prévention sans devenir paranoïaque.

Lorsqu'il s'agit de maladie émergente, c'est-à-dire nouvelle, ou en voie de changement (résistance, saut d'espèce, mutation de l'agent infectieux, etc.), il n'y a généralement pas de vaccin ni de traitement curatif. Dans ce cas, seule une communication efficace peut aider à limiter le nombre de nouveaux cas. Partant de la prémisse que les médias constituent de nos jours la principale source d'information pour les citoyens, l'information que les médias donnent en situation d'exception telle qu'une épidémie peut faire la différence entre la santé et la maladie dans la mesure où cette information renseigne sur des moyens de prévention et contribue à rompre la chaîne de transmission.

L'exactitude, l'exhaustivité, la rationalité et la clarté de l'information constituent alors les déterminants de l'efficacité, le fer de lance de cette communication. Mais comment vulgariser une information complexe sans la trahir (Akrine, Callon et Latour, 2006)? Il arrive que le discours médiatique comprenne des informations contradictoires, floues et surtout dramatisant l'épidémie. Nous exposerons dans le présent chapitre les constats qui ont retenu notre attention et qui ont constitué les fondements de la construction de notre objet de recherche.

1.1 Constats

En observant quelques situations d'épidémie, nous avons constaté certains décalages entre l'information diffusée dans l'espace public et la situation épidémique.

Prenons l'exemple de la flambée du MERS (syndrome respiratoire du Moyen-Orient) qui a sévi en Arabie saoudite (OMS, 2015)⁴. Plusieurs cas de contamination humaine ont été signalés, ce qui présente une flambée de la maladie étant donné que le virus était jusqu'à ce jour présent seulement chez les chameaux. De crainte de perturber le pèlerinage, le grand public n'a pas été informé de l'épidémie ni par les autorités ni par les médias.

C'est dans la même logique, le même ordre d'idées que se situe la déclaration du ministre de la Jeunesse et des Sports du Maroc, Mohamed Ouzzine, lorsque son pays a demandé le report de la Coupe d'Afrique des Nations (CAN) malgré les injonctions de la confédération africaine du football et les menaces de cette dernière de retirer l'honneur de l'organisation de cette prestigieuse compétition au Maroc : « le Maroc ne changera pas de position. Il maintient sa demande de report de la CAN-2015, et souhaite l'organiser à une autre date, en fonction de l'évolution de l'épidémie Ebola » (El Ouardighi, 2014).

Étant donné qu'il s'agissait d'un événement sportif d'envergure nationale, son annulation ou report était synonyme de mesures d'extrême urgence et contribuait à installer un climat de peur et de censure envers les institutions. Cette annulation rappelle plusieurs annulations ou reports d'événements sportifs en raison d'épidémies. Citons le report du match Marseille-Paris SG du 25 octobre 2009 en raison de la grippe H1N1 (*Le Monde*, 2009)⁵, l'annulation de la finale de la coupe Stanley en 1919 en raison d'une grave

⁴ OMS. (2015). Archives des flambées épidémiques classées par année. Récupéré de <http://www.who.int/csr/don/archive/year/2015/fr/>

⁵ Le Monde. OM-PSG reporté à cause de la grippe A. Récupéré de https://www.lemonde.fr/sport/article/2009/10/25/ligue-1-om-psg-report_1258576_3242.html

épidémie d'influenza, l'annulation de la coupe du monde de soccer féminin en 2003 en Chine en raison d'une épidémie de SRAS (*Le Journal de Montréal*, 2014)⁶.

Pour l'épidémie d'Ebola, nous pensons que le flou informationnel a aussi teinté le message des affiches faites par l'UNICEF. Dans l'exemple qui suit, nous nous trouvons devant une affiche qui est destinée à expliquer le cycle de transmission du virus Ebola.

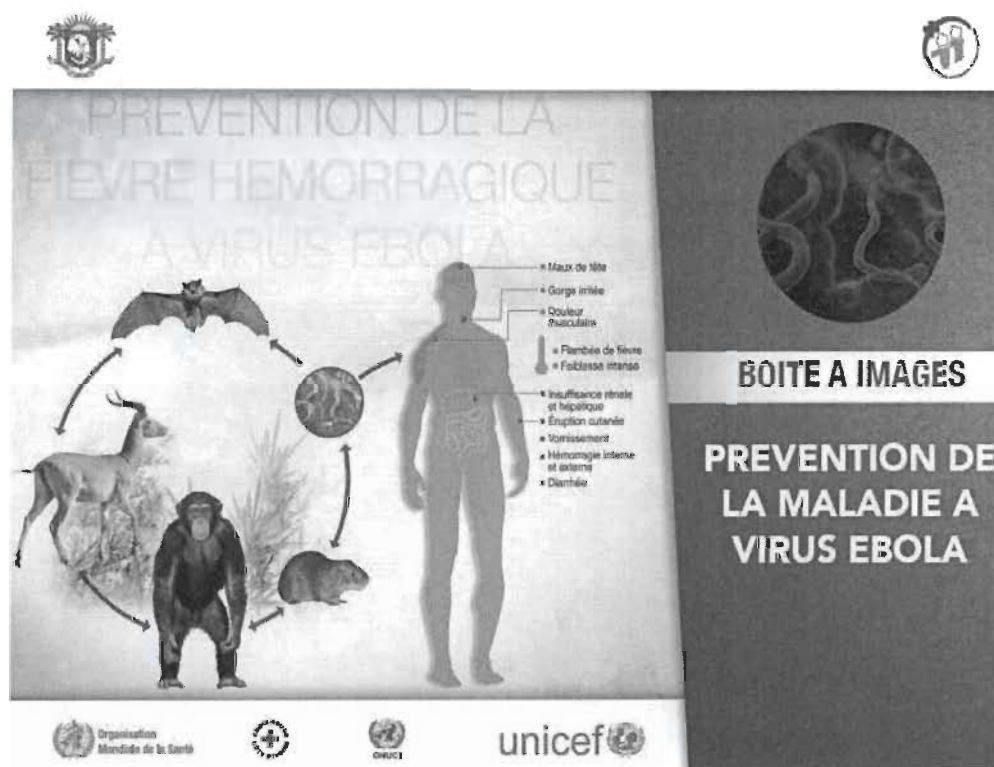


Figure 1 : Cycle de transmission du virus Ebola⁷

⁶ Le journal de Montréal. (2014). 10 événements sportifs annulés en raison d'une catastrophe. Récupéré de <https://www.journaldemontreal.com/2014/10/22/10-evenements-sportifs-annules-en-raison-dun-evenement-majeur>

⁷ Boîte à image pour la prévention de la fièvre hémorragique à virus Ebola (gouvernement de Côte d'Ivoire, 2014, en ligne).

Si nous nous attardons sur l’affiche, nous y découvrons trois sortes d’informations. Premièrement, la partie gauche représente le cycle de vie du virus, mais elle ne montre pas comment et à quel niveau l’humain est intégré dans ce cycle. On y montre cependant les symptômes de la maladie sans expliquer la manière de la contracter surtout la transmission entre humains. Deuxièmement, dans la partie de droite, nous retrouvons une vue microscopique du virus avec la phrase « prévention de la maladie ». Encore là, il n’y a pas d’explication sur les manières de prévenir la maladie, et la vue microscopique n’a pas d’intérêt pour le grand public. Elle peut même semer la confusion avec une parasitose (maladies causées par des parasites comme des nématodes, de l’ascaris ou des oxyures) surtout que ces dernières sont fréquentes en Afrique. Bref, cette affiche, qui est destinée au public, contient une information floue et non adaptée aux destinataires. Elle est floue, car l’information donnée ne correspond pas à ce que le titre annonce, et non adaptée, car elle informe sur le cycle de vie au lieu d’informer sur le cycle de transmission ainsi que sur les façons de se protéger du virus.

L’explication des canaux de transmission et des moyens de prévention (comme d’éviter de consommer de la viande de singe ou de toucher directement à des excréments de rats ou de chauve-souris) représente des informations vulgarisées, simplifiées et opérationnelles dont le grand public a besoin pour rompre la chaîne de transmission. C’est cette information qui devrait se retrouver sur les affiches destinées au public. Dans ce contexte de désinformation, ce n’est pas pour rien que la question « qu’est-ce que Ebola? » soit parmi les 20 questions les plus posées sur Google en 2014 (statistiques Google, 2015).

Ces exemples permettent de comprendre deux défis majeurs de la communication en période d'épidémie. Le premier défi consiste à trouver le juste équilibre entre ce qui doit être divulgué et ce qui doit être caché. Le deuxième consiste à trouver la bonne manière de divulguer l'information afin qu'elle atteigne sa cible. Concrètement, il est évident que dans ce contexte de santé particulier, l'information, l'éducation et la sensibilisation deviennent des actes communicationnels fort importants (Murbach, 1989; Saillant, 1998).

1.2 Objectif général de la recherche

Pour mieux explorer cet aspect de la communication, nous proposons dans le présent mémoire une étude visant à comprendre comment la presse canadienne francophone a cadré l'épidémie de Zika de 2016. Notons que cadrer revient à effectuer deux actions : sélectionner des aspects du phénomène ou de l'événement (en choisissant quoi relater et quoi ne pas relater) et leur donner de la saillance. Cadrer permet d'offrir un ensemble de clés grâce auxquelles les événements sont compris et interprétés. Autrement dit, nous cherchons à comprendre la construction médiatique de l'épidémie de Zika de 2016. Nous entendons par construction médiatique la manière dont le discours autour du Zika a été édifié dans les organes de presse. Cette construction inclut le choix des mots et des expressions, le choix des accents à mettre sur certains éléments, le choix de la subjectivité ou de l'objectivité, le recours aux statistiques, etc. Comprendre cette construction médiatique revient à saisir le rapport entre les termes, leurs sens, leurs importances relatives et leur contextualisation.

Rappelons que le Zika est une maladie transmise par le moustique aedes et dont le virus a été mis en évidence pour la première fois en 1947 en Ouganda chez les singes. Il a par la suite été identifié chez l'humain à partir de 1952 en Ouganda et en République-Unie de Tanzanie (OMS, 2018). Depuis, des flambées ont été enregistrées un peu partout dans le monde : l'Afrique, les Amériques, l'Asie et dans le Pacifique. Jusque-là bénin, le Zika provoquait des symptômes tels que des fièvres modérées, des douleurs musculaires, des éruptions cutanées, des conjonctivites et des maux de tête lesquels disparaissaient normalement en deux à sept jours. Cependant, la poussée épidémique de 2016 a propulsé le Zika d'une simple maladie à une grave affection mettant en péril la vie des nouveau-nés. En 2016, un consensus scientifique s'est établi pour affirmer que le virus Zika est à l'origine de cas de microcéphalies et de syndrome de Guillain-Barré⁸. Actuellement, des études sont en cours sur l'existence de liens entre le Zika et des complications neurologiques. L'épidémie de 2016 a non seulement apporté une nouvelle manifestation du virus chez l'humain, mais elle a inquiété par la montée subite du nombre de cas à travers le monde. Au Canada seulement, en date du 7 juin 2017, 513 cas de Zika et deux cas d'anomalies fœtales ont été confirmés (gouvernement du Canada, 2018). Le Zika est donc une maladie qui existe depuis plus d'un demi-siècle. Cependant, le Zika a souvent été considéré dans les médias comme une nouvelle maladie au lieu d'être représenté comme une poussée épidémique dont la nouveauté est le nombre de cas important des personnes touchées. Le changement dans le mode de transmission de Zika, le large

⁸ Maladie neurologique rare caractérisée par une paralysie. Le système immunitaire attaque les nerfs périphériques provoquant ainsi une paralysie quasi complète dans les cas les plus graves. (OMS, 2016).

territoire que l'épidémie couvre, la menace qu'elle porte pour la progéniture et la constante évolution de la maladie sont les raisons qui ont influencé notre choix d'épidémie à étudier.

Comme nous avons explicité plus haut, les médias sont des acteurs de construction de réalités sociales qui exercent un pouvoir de sélection et de mise en exergue de l'information. Cette sélection peut retarder la diffusion de l'information ou, au contraire, diffuser des faits non validés.

1.3 Objet de recherche

Nous avons souvent constaté, soit lors de notre travail en tant qu'infirmière ou lors de nos études en sciences de la santé, qu'il y avait un certain décalage entre ce que les médias rapportaient sur les épidémies, ce que notre entourage comprenait des maladies, les questions que notre entourage nous posait et le discours médical auquel nous étions exposée en tant qu'étudiante et professionnelle. Nous avons remarqué aussi que nos anciens patients se référaient beaucoup aux médias lorsqu'il y avait une maladie émergente. Ce sont les raisons qui ont nourri notre intérêt de comprendre le discours des médias en situation d'épidémie et qui ont orienté notre choix d'objet de recherche. Notre objet de recherche est donc de comprendre la couverture de la presse canadienne francophone de l'épidémie de Zika de 2016.

Ainsi, nous avons choisi d'étudier le corpus des articles de presse canadienne francophone tirés de la base de données Eureka. La presse canadienne francophone est la presse produite en français et distribuée au Canada. Cela inclut la presse papier, dite presse imprimée, et la presse numérique, dite presse en ligne. La presse imprimée utilise le papier

comme support et les techniques d'impression de masse. La presse en ligne est une presse qui repose sur des technologies numériques et qui utilise l'internet comme principal support. Il peut s'agir de version électronique de presse imprimée comme la version électronique du *Journal de Montréal* ou de journal en ligne comme le cas de *La Presse* depuis décembre 2017.

1.4 Pertinence scientifique et sociale de la recherche

Notre étude s'inscrit dans la lignée des recherches qui se sont penchées sur l'étude du cadrage des épidémies afin de comprendre la médiatisation des situations d'exception en santé comme celles de Watin (2010), de Liu et Kim (2011) ainsi que de Gerlach (2016). Notre étude tient sa pertinence scientifique de la manière dont nous avons approché notre corpus. En effet, notre compréhension médicale et biologique des épidémies nous permet d'aborder le sujet d'une manière originale. Alors que la plupart des recherches étudient la couverture médiatique du début à la fin d'une épidémie, nous avons décomposé notre intervalle d'étude selon les moments clés de l'épidémie de Zika. Cette distinction entre les phases de l'évolution de l'épidémie nous permet de poser un regard différent sur l'évolution des cadres tout au long de l'évolution de l'épidémie de Zika, d'où l'originalité de notre approche.

Notre étude tire sa pertinence sociale du fait qu'elle pourrait aider à comprendre (même à petite échelle) l'image projetée de l'épidémie dans l'espace public. À plus grande échelle et avec une étude dans un terrain plus large, la compréhension des cadres utilisés dans la couverture médiatique de l'épidémie aiderait les institutions de santé à saisir

l'image de la maladie dans l'espace public et à prendre cette image en considération dans la conception des campagnes de sensibilisation. D'un autre point de vue, notre étude pourrait aider à outiller les professionnels de la santé à mieux comprendre les questionnements, les peurs et les inquiétudes des patients lorsqu'il y a une nouvelle épidémie.

Chapitre 2 - Cadre théorique

Dans le contexte des épidémies, la spécialisation face aux maladies a permis d'explorer plusieurs sphères outre que celle de la médecine, ce qui diversifie les façons dont chacun raconte la maladie (P. Adam, C. Herzlich, 1994). Les différences de ces points de vue et de ces façons d'intervenir font en sorte que le citoyen se retrouve dans certains cas, notamment dans des situations d'exception, devant des discours contradictoires entre sciences de la santé, sociologie et les institutions publiques (M. Ichou, 2009). Le manque d'information institutionnelle ou le long délai avant la divulgation de celle-ci pousse le citoyen à se tourner vers d'autres canaux afin de remédier à son ignorance. Par ailleurs, pour la même crise, l'OMS a été sévèrement critiquée par l'ONU pour son implication tardive dans la gestion de la situation (*Le Monde*, 2015)⁹.

Le domaine de la communication foisonne d'études sur le cadrage et ses effets, les effets de l'*agenda-setting* sur la construction des problèmes publics, ainsi que la médiatisation des problèmes de santé. Nous avons puisé dans ces publications pour pousser plus nos réflexions et mieux comprendre nos constats avec des lunettes communicationnelles. Nous nous inspirons ainsi des théories de l'*agenda-setting*, du cadrage et de la médiatisation pour mener à bien notre étude.

⁹ Le Monde Ebola. (2015). Le retard et les défaillances de l'OMS critiqués par des experts de l'ONU. Récupéré de https://www.lemonde.fr/sante/article/2015/05/11/ebola-le-retard-et-les-defaillances-de-l-oms-critiques-par-des-experts-de-l-onu_4631278_1651302.html

2.1 L'*agenda-setting*

L'*agenda-setting* est un concept qui a été proposé pour la première fois par McCombs et Shaw en 1972 (Derville, 2013). On entend par *agenda-setting* la manière dont les médias établissent et construisent les préoccupations et les sujets de discussion des citoyens. Dans la perspective où la communication est un processus stratégique de la focalisation de l'attention, les médias, par la fonction de l'*agenda-setting*, attirent l'attention du public vers des sujets plus que d'autres en les priorisant.

L'*agenda-setting* implique donc deux sous-concepts : la sélection et la hiérarchisation. En effet, les études en communication politique ont montré que les médias tirent leur agenda de l'agenda politique (McComb et Shaw, 1972). Il ne s'agit pas de le copier, mais plutôt de sélectionner les événements qu'il faut prioriser ainsi que les hiérarchiser, même si cet agenda médiatique diffère de l'agenda institutionnel. Par ce fait,

la hiérarchie des priorités qu'ils établissent est censée devenir aussi celle du public; les problèmes qu'ils évoquent en priorité tendent à devenir aussi les problèmes prioritaires dans l'esprit des citoyens (Derville, 2013, p. 43).

Cette construction oriente les débats publics puisqu'elle sélectionne l'angle selon lequel les sujets sont présentés :

C'est que non seulement l'effet d'agenda incite fortement à la sélection des événements pertinents du moment, mais les stratégies de communication des sources et les lignes éditoriales incitent les journalistes à traiter tel sujet selon tel cadre interprétatif plutôt que selon tel autre (Macé, 2005, p. 190).

Cela dit, le choix des sujets à débattre dans les médias et la hiérarchisation des priorités ne se font pas par hasard. Selon Kioussis et ses collègues (2010), plusieurs

éléments entrent en considération lors de la construction de l'agenda médiatique comme la *newsworthiness* c'est-à-dire à quel point l'information est suffisamment intéressante pour être publiée, le *timing* qui réfère à la rapidité avec laquelle l'information doit être traitée et la crédibilité des sources qui permet de fournir des preuves pour appuyer l'information publiée. De là naît la nécessité du concept d'*agenda-building* qui permet de mieux comprendre la saillance des sujets et la construction de l'agenda médiatique. Si l'*agenda-setting* aide à cerner la manière dont les médias établissent les sujets à discuter dans l'espace public ainsi que leur priorité, l'*agenda-building* permet de comprendre pourquoi certains sujets sont sélectionnés pour être présents sur l'agenda médiatique alors que d'autres ne le sont pas (Weaver, Elliott, 1985). La théorie de l'*agenda-building* sous-tend que la presse ne choisit pas seulement la priorité des événements, mais elle interagit lors de ce choix avec différentes institutions afin de créer l'agenda public. Tanner (2004) a même affirmé que les médias, la société, le gouvernement et toute institution ayant son propre agenda s'influencent mutuellement. De là, une interdépendance naît entre l'agenda médiatique et l'agenda institutionnel. Cette interdépendance a été mise en relief par Strömbäck et Aelst (2013). Selon ces auteurs, les politiciens et les partis politiques sont confrontés à l'obligation de modifier leur agenda, ou au moins, de l'adapter selon l'agenda des médias et vice versa.

Nous pensons que l'interinfluence entre les différentes institutions (médias, gouvernement et autres organismes impliqués directement ou indirectement dans le sujet d'actualité en question) permet à l'information de valser entre les institutions dans un mouvement de va-et-vient pouvant provoquer un changement, une modification ou une

relecture de chacun des agendas. Cette valse n'est pas toujours fluide, car elle dépend de la rigidité du système, sa bureaucratisation ainsi que le degré de malléabilité de son agenda Strömbäck et Aelst (2013).

Pour ce qui nous concerne, ces interactions se situent dans la sphère de la santé et ont ainsi des spécificités propres à cette sphère. D'une part, l'agenda des institutions de santé contient des informations très délicates (confidentialité de l'information, les peurs de la société liées à des souvenirs d'anciens épisodes épidémiques, la non-disponibilité d'un traitement, etc.) et, d'autre part, les décisions en matière de politique de santé sont statuées par les représentants du gouvernement (ministres, députés) qui ne prennent pas nécessairement en considération la complexité de cette information. Par exemple, pendant l'épidémie de H1N1, le gouvernement américain avait lancé un appel massif à la vaccination. La diffusion de ce message était priorisée dans plusieurs médias. Mais face au grand nombre de patients, les institutions de santé étaient dans l'obligation de fermer la porte devant les gens en soulignant que l'urgence n'était pas dans la vaccination systématique pour toute la population (Ratzan, 2010). Pour les institutions de santé, il était surtout question de vacciner les travailleurs de la santé, les secouristes et les personnes présentant un risque de conséquences graves. Dans ce cas, l'agenda médiatique, par son choix d'accentuer le discours du gouvernement, non seulement ne correspondait pas à la hiérarchie des priorités de l'agenda sanitaire (relatif aux institutions de santé), mais aussi il le contredisait.

Dans le milieu de la santé, l'interdépendance des agendas est par conséquent un peu plus compliquée surtout lorsqu'il s'agit de périodes d'épidémies. Il faut se rappeler que la

sélection de l'information en santé n'est pas purement objective, car elle dépend de plusieurs considérations dans le jugement et la prise de décisions des décideurs. Généralement, le professionnel de la santé met l'accent sur le soin à prodiguer, les façons de se protéger et le comportement à adopter par le citoyen. Le gestionnaire en santé s'intéresse plutôt aux moyens de réduire les coûts de la prise en charge. Les médias visent à informer la population sur différents sujets concernant le développement de la situation. Ces différents agendas imposent de nombreuses interactions entre les médias et les décideurs du milieu de la santé. Elle met devant la presse plusieurs agendas institutionnels (professionnels de santé, gestionnaires, experts, etc.). Ces agendas se croisent et se décroisent; ce qui rend plus laborieux le processus d'*agenda-building*.

Dans le même ordre d'idées, l'information en santé peut changer selon la mutation des maladies, ce qui fait que l'agenda des médias doit prendre en considération une information en constante évolution. Selon une logique schématique, nous pouvons distinguer 3 étapes d'évolution d'une épidémie, soit 1) l'émergence d'une maladie, 2) la hausse du nombre de cas infectés permettant la déclaration officielle de l'épidémie et enfin, 3) la fin de la période d'épidémie. Dans certains cas, les recherches en laboratoire sont tenues secrètes (Ichou, 2009). Les échanges institutionnels (laboratoires, médias, décideurs) sont peu nombreux et difficiles. Cela peut aboutir à une discordance entre l'agenda médiatique et l'agenda institutionnel. Concrètement, le citoyen se retrouve alors face à deux priorités, celle véhiculée par les médias et celle présentée par l'institution de santé. Il n'est pas exagéré de penser que ces deux réalités ne se complètent pas dans la majorité des cas, mais elles se contredisent dans certaines situations (Ichou, 2009). Bref,

lorsque la valse entre l'agenda médiatique et l'agenda de l'institution de santé n'est pas assez fluide, l'information délivrée aux citoyens peut être floue et entraîner de la confusion. C'est dans ce contexte de flou que le cadrage interprétatif et subjectif d'une épidémie devient un acte communicationnel complexe et un objet d'étude pertinent.

2.2 Le cadrage

Bien que *l'agenda-setting* mette en exergue un événement plus que d'autres, ce concept ne peut être dissocié de celui du cadrage. Dans ce sens, McCombs, Shaw, et Weaver (1997) ont suggéré que non seulement le cadrage et *l'agenda-setting* sont reliés, mais qu'en fait, le cadrage constitue une extension de *l'agenda-setting* (Scheufele, 1999). Le cadrage a constitué un objet d'étude en sociologie (Goffman, 1974), en économie (Kahneman et Tversky, 1979), en psychologie (Kahneman et Tversky, 1984), en linguistique cognitive (Lakoff, 2004) et en communication (Entman, 1991). Toutefois, Frank Luntz (1997) est le premier à avoir utilisé le cadrage proprement dit dans une perspective directe en tant qu'outil de campagne politique (Scheufele et Tewksbury, 2007). Nous présenterons ici deux approches empiriques aux fins du présent travail, soit l'approche psychologique et l'approche sociologique.

Selon l'approche psychologique, le cadrage est perçu comme une définition de la situation certes, mais surtout comme un moyen pour influencer la prise de décision (Lemarié-Saulnier, 2016). Les travaux de Kahneman et Tversky (1979, 1984) ont démontré que la manière de présenter

plusieurs scénarios de prise de décision influence le choix des citoyens en matière de consommation ainsi que leur manière d'évaluation des

différentes options qui se présentent à eux (Scheufele et Tewksbury, 2007, p. 11).

La perspective sociologique, quant à elle, prend en considération l'importance du lien social dans l'interprétation des cadres. Les cadres étant le référentiel déterminé par les médias et à l'intérieur duquel l'interprétation d'un événement est possible. L'être humain n'est capable d'interpréter le quotidien qu'à travers une interaction sociale entre les différentes représentations que chacun a. Pour Goffman (1974), les représentations personnelles constituent des schémas primaires d'interprétation. L'interaction entre ces différents schémas primaires conduit à une construction d'un sens commun menant à une définition d'une réalité commune. Selon cette logique, le cadrage serait alors le schéma général à l'intérieur duquel les citoyens réduisent la complexité cognitive d'une situation donnée et parviennent à la comprendre dans leur contexte social. Dans cette perspective, le cadrage médiatique se base sur des schémas cognitifs individuels préexistants dans une société afin de donner une orientation à un événement ou une situation. L'idée de sélection réside donc dans le choix des schémas individuels afin de les transformer en visions dominantes (Borah, 2011).

Aussi bien pour l'approche psychologique que pour l'approche sociologique, le cadrage permet de mettre en exergue le pouvoir de la communication comme il était clairement souligné par Entman (1993) : « Quelle que soit son utilisation spécifique, le concept de cadrage offre une manière cohérente de décrire la puissance du texte

communicatif. »¹⁰ (Entman, 1993, p. 51, traduction libre). En outre, le cadrage permet une construction de sens en deux temps. Premièrement, il permet d'élire un aspect de la réalité et de le mettre en évidence : « le cadrage passe essentiellement par la sélection et la mise en évidence »¹¹ (Entman, 1993, p. 52, traduction libre). Il ne s'agit pas d'inventer des réalités, mais plutôt de choisir une des représentations sociales existantes et de la mettre en avant-plan. Dans ce sens, le cadrage peut être défini aussi par ce qu'il omet de relater et non seulement par ce qu'il permet d'exhiber. Deuxièmement, le cadrage permet de cerner les problèmes. En effet,

il permet de définir quel agent cause quoi avec quel coût et quels bénéfices en prenant comme référence les valeurs culturelles. Ces valeurs permettent de diagnostiquer les causes du problème, de poser un jugement moral et de suggérer des solutions¹² (Entman, 1993, p. 52, traduction libre).

Donc par la sélection et la saillance, les médias offrent à leurs audiences des schémas à l'intérieur desquelles ils peuvent interpréter les événements (Scheufele, 1999).

De l'approche psychologique, nous retenons que le cadrage permet une définition de la situation. De l'approche sociologique, nous retenons que le cadrage se base sur des schémas préexistants dans la société pour mettre en évidence une représentation d'une réalité donnée. Dans notre recherche, nous nous intéressons justement à ce croisement d'approches où le citoyen se retrouve devant un florilège de compréhensions sociales de

¹⁰ Citation d'origine : « Whatever its specific use, the concept of framing consistently offers a way to describe the power of communicative text »

¹¹ Citation d'origine : « Framing essentially involves selection and salience »

¹² Citation d'origine : « Frames, then, define problems-determine what a causal agent is doing with what costs and benefits, usually measured in terms of common cultural values ; diagnose causes-identify the forces creating the problem; make moral judgments-evaluate causal agents and their effects; and suggest remedies »

l'épidémie. Nous nous intéressons au cadrage comme à la fois un outil et une référence de construction du sens social donné à l'épidémie. Ainsi, nous retenons que le cadrage est une façon d'utiliser les différents supports communicationnels et médiatiques pour participer à la construction d'une interprétation de certains aspects de la réalité pour les mettre en évidence. Le cadrage est donc une manière de qualifier une situation donnée ou un point de vue. La manière de cadrer la situation influence nécessairement le message médiatique.

Nous comprenons alors que le cadrage est le cadre à l'intérieur duquel les discussions, le récit et les interprétations ont lieu. Il s'agit d'un cadre de référence où les récits vont être appréhendés et par la suite vont acquérir une signification pour les récepteurs (Derville, 2013). C'est en fonction du cadrage médiatique que les récepteurs vont pencher vers une interprétation plutôt qu'une autre. C'est un moyen pour suggérer la meilleure façon selon les médias d'aborder un sujet et donc orienter le jugement du public sans pour autant lui dicter un comportement précis.

Entman (1993) identifie un processus de cadrage médiatique comportant quatre fonctions : la définition du problème, l'interprétation causale, l'évaluation morale et la recommandation d'un traitement. La définition du problème part de la prémisse que toute communication commence par une définition de la situation. Cette fonction peut également être appelée amorçage. L'amorçage est une induction qui facilite la production des critères d'évaluation et de jugement des événements. L'interprétation causale offre une explication qui dépend des exigences chronotopiques, c'est-à-dire que des façons d'ancrer l'événement dans le temps, le lieu et les valeurs qui lui sont contemporains. Dans

l'évaluation morale, les cadres proposent un examen moral basé sur les normes et les valeurs du problème qui a été défini et interprété. Cela revient à juger moralement la situation présentée en déterminant en quoi elle est bonne ou mauvaise. Ce jugement porte en lui-même une vision de la « bonne » situation. La recommandation d'un traitement n'est autre que la recommandation d'une action en rapport avec la vision de la « bonne » situation. Le cadre va déboucher sur une recommandation de comportement plus ou moins implicite, mais toujours conforme à une norme, à une valeur, à une croyance.

Ces fonctions du cadrage sont bien illustrées en situation d'exception comme lors des épidémies. Iyengar (1994) est l'un des premiers chercheurs qui ont établi la différence entre le cadrage thématique et le cadrage épisodique (ou exceptionnel) dans le traitement des problématiques publiques comme la politique ou la santé. Dans le cadrage épisodique, les faits sont présentés sous forme d'études de cas particuliers, d'histoires vécues, de cascades d'événements menant à une finalité précise. Les événements sont alors expliqués par des faits et comportements précis. Dans le cadrage thématique, les problématiques d'ordre public sont plutôt expliquées par un contexte plus large que la problématique elle-même, souvent les événements sont placés dans un contexte économique, social, politique et culturel.

L'auteur va plus loin dans sa distinction des cadrages dans la mesure où les deux types ne produisent pas les mêmes effets chez le récepteur. En effet, l'attribution de la responsabilité publique des événements diffère selon que le récepteur est en présence d'un cadrage thématique ou d'un cadrage épisodique. Dans le cadrage épisodique, on responsabilise les individus impliqués ou subissant l'événement alors que la cause de

l'événement est expliquée par le contexte (social, culturel ou politique) dans le cadrage thématique. Cela n'est pas anodin, car lorsqu'il s'agit de problème public, l'attribution de la responsabilité peut changer le comportement des citoyens. Par exemple, Iyengar (1994) explique qu'un cadrage épisodique des crimes et du terrorisme a provoqué une augmentation dans les rangs des partisans de la peine de mort et des interventions militaires. Dans le même ordre d'idées, un cadrage épisodique de la pauvreté diminue le soutien de la population aux programmes gouvernementaux d'aide financière (Iyengar, 1994). Dans une veine médicale, l'effet du cadrage épisodique des épidémies peut contribuer à réduire l'empathie vers les pays touchés et rendre la mission de recrutement des travailleurs humanitaires encore plus laborieuse.

L'étude de Gerlach en 2016 sur l'exploration des cadres utilisés par la presse canadienne anglophone lors de la couverture distanciée de la crise d'Ebola de 2014 en Afrique de l'Ouest illustre bien la différence de ces types de cadrage. L'étude montre en effet que la presse écrite tend à couvrir la question de cette épidémie en se référant au cadrage épisodique et au cadrage thématique. Selon le cadrage épisodique, la presse se base sur des histoires individuelles en expliquant la maladie par le mode de vie des malades et leurs rituels archaïques. Dans ce cadrage, la maladie est liée à des causes intrinsèques, les malades ont été contaminés, car ils n'ont pas suivi les règles d'hygiène et n'ont pas collaboré lors des campagnes de sensibilisation. Selon le cadrage thématique, la presse peint un tableau de villes insalubres où les infrastructures sanitaires font faillite et où le système de santé est précaire. Pour ce cadrage, la maladie est liée à des causes

extrinsèques, les malades ont été contaminés, car le pays est pauvre et le système de santé n'est pas capable de protéger les citoyens.

Dans la même lignée de réflexions, Smetko et Valkenburg (2000) distinguent cinq principaux types de cadrage : le conflit, l'intérêt humain, l'attribution de la responsabilité, la moralité et les conséquences économiques. Dans le conflit, les événements sont placés dans des perspectives différentes, voire opposées afin de peindre une situation qui incite indirectement l'auditoire à prendre parti. Dans l'intérêt humain, les événements sont définis par rapport aux conséquences qu'ils peuvent avoir sur les êtres humains. Dans l'attribution de la responsabilité, les événements sont mis dans une perspective de prise en charge par les gouvernements ou les institutions ayant la prérogative d'agir dans le contexte de l'événement. Souvent, les médias relateront ce que les gouvernements ont fait ou pas dans le but de les discréditer ou de renforcer leur image positive auprès des citoyens. Dans le cadrage moral, les médias mettent plutôt l'accent sur les valeurs inspirées par les événements afin d'établir un jugement moral quant à l'événement. Finalement, dans le cadrage des conséquences économiques, les événements sont placés dans un contexte prospectif, où les actions sont expliquées en termes de conséquences actuelles ou futures.

Smetko et Valkenburg (2000) affirment que lors de la couverture médiatique d'événements importants, les médias ont plus recours au conflit et à l'attribution des responsabilités. L'étude effectuée par ces auteurs illustre bien l'utilisation de ces cadrages dans un contexte d'épidémie. En analysant la couverture médiatique de la grippe porcine,

les auteurs ont pu relever que les médias ont eu recours au cadrage de l'intérêt humain et à l'attribution de la responsabilité considérant la grippe porcine comme étant

un événement ayant des conséquences sérieuses pour les citoyens (intérêt humain) et envers lequel les autorités doivent prendre des responsabilités afin de l'affronter (attribution de la responsabilité) (Smetko et Valkenburg, 2000, p. 397).

Que ce soit le cadrage épisodique ou le cadrage thématique, le cadrage demeure un moyen par lequel les médias offrent au citoyen une vision du monde façonnée, c'est-à-dire sélectionnée et construite pour lui. Cette sélection peut être indépendante de toute influence ou sujette à des restrictions choisies et modelées par le *gatekeeper* (J. McGrath, 1995). Ce rôle est joué par les institutions ayant un pouvoir sur les médias en filtrant le contenu médiatique dans l'espace public

la métaphore de *gatekeeper* suggère un gardien avec une autorité absolue qui se tient à la porte des médias et décide des messages qui passent la porte pour atteindre le public des médias¹³ (McGrath, 1995, p. 199, traduction libre).

Le concept de *gatekeeper*, qui est souvent traduit par gardien, réfère à tout ce qui pourrait construire un filtre de l'information et non seulement aux autorités ayant un pouvoir décisionnel sur ce qui doit et ne doit pas être traité dans les médias. Ce filtrage de l'information peut être induit par plusieurs éléments, dont l'accessibilité de l'information (que ce soit en termes de temps ou de contenu), l'allégeance du média ainsi que la logique de construction du contenu à médiatiser.

¹³ Citation d'origine: « the gate keeping metaphor suggest a keeper with absolute authority who stands at the media gate and decides with messages will pass through the gate to reach the media audience »

2.3 La médiatisation

L'*agenda-setting* et le cadrage contribuent à choisir ce que le public reçoit comme information, la manière dont cette information est divulguée ainsi que la hiérarchie des sujets à discuter. Cette schématisation de l'information nourrit l'enchevêtrement entre les médias et la société. Par ce fait, les médias deviennent un important, si ce n'est pas le principal, pourvoyeur de produits culturels, de normes et de croyances (Krotz & Hepp, 2011). Par leur statut en tant que source d'information crédible, les médias peuvent alimenter les débats publics, les orienter, voire même participer à imposer des normes et des comportements à travers les discours publics (Delforce et Noyer, 1999). En effet, en accentuant certains aspects de la réalité, les médias finissent par imposer une opinion dominante, et « fermer le jeu du débat démocratique » (Rieffel, 2005, p. 38).

Rieffel (2005) souligne que les citoyens se tournent vers les médias à la recherche d'information dès qu'un sujet excède « leur sphère personnelle ». Pour Strömbäck et Van Aelst (2013), les médias constituent la principale source d'information pour le citoyen lorsqu'il s'agit de politique. Lorsqu'il s'agit de santé, Romeyer (2007) affirme que les émissions en santé constituent la référence en information pour les citoyens.

Le changement social que les médias visent s'inscrit dans une logique chronotopique (Bakhtine, 1978). Il s'agit d'un processus qui s'étend dans l'espace et dans le temps permettant qu'un sujet perdure dans la sphère publique assez longtemps pour opérer un changement social ou du moins modifier une perception. Ce processus social d'information et d'influence est basé sur le principe de la médiatisation, soit une action de mobilisation collective (Hassenteufel, 2010) ou une mise en forme d'un contenu par un

média (Delforce et Noyer 1999). Le concept de médiatisation a été amplement étudié depuis les années 1980 avec l'émergence des recherches en communication politique (Véron, 1995; Mazzoleni et Schulz, 1999; Lundby, 2009; Krotz et Hepp, 2011).

La médiatisation ne comporte pas la diffusion et le partage d'événements isolés, éparpillés et fragmentés comme les faits divers. Elle est plutôt considérée comme un processus de construction de sens à travers lequel les médias exercent une influence sur la société (Delforce et Noyer, 1999). En effet, selon Mucchielli et ses collègues (2004), il y a « processus lorsqu'il y a, au fil du temps, modification de la position et de la forme d'un phénomène dans un référentiel » (Mucchielli, 2015, p. 23). Il s'agit d'une corrélation à long terme qui fait interférer la mise en médias, l'*agenda-setting* ainsi que le cadrage. Une corrélation dans laquelle interagissent plusieurs composantes (politique, économique, sociale) créant ainsi une interdépendance entre les médias et ces composantes. Cette interdépendance, qui rappelle d'ailleurs celle existant entre l'agenda institutionnel et l'agenda médiatique, est illustrée par Hjarvard (2008). Selon cet auteur, la médiatisation permet d'étudier les médias avec une double vue. D'une part, les médias, comme étant une entité distincte ayant ses exigences et sa manière de faire, doivent s'adapter à celles des différentes institutions. D'autre part, les médias deviennent une partie intégrante des autres institutions (la santé, la politique, la religion) et doivent s'acclimater à leurs normes.

Pour bien illustrer le cas où une institution est forcée de s'adapter aux médias, prenons l'exemple de l'apparition des ordonnances de 1996 en France. La couverture médiatique accrue des problèmes de santé et des scandales sanitaires a aidé à mettre en scène des acteurs et discours protéiformes et surtout à faire reconnaître les citoyens

comme interlocuteur des pouvoirs publics. La présence de ces nouveaux-interlocuteur a poussé le gouvernement à revoir la réforme hospitalière, par le biais des ordonnances du 24 avril 1996. Ceci a donné comme résultats la création d'agences régionales d'hospitalisation chargées de répartir les financements et de définir les activités des établissements de santé et une nouvelle répartition des sièges dans les conseils d'administration des institutions sanitaires entre autres (Romeyer, 2010).

Dans le même ordre d'idées, considérons l'exemple de la couverture médiatique de la crise de chikungunya sur l'île Maurice (de mars 2005 à février 2006), où cette fois-ci, les médias se sont conformés aux directives du gouvernement (Watin, 2010). Comme l'épidémie a sévi pendant la haute saison touristique, le gouvernement ne voulait pas se prononcer sur l'épidémie. Se référant aux épidémies de chikungunya des années précédentes, le gouvernement pensait qu'avec la fin de l'été, la poussée s'estomperait comme de coutume. Les médias se sont adaptés à cette décision gouvernementale et ils ont opté pour une couverture qui prend en considération le contexte social et économique (touristique). Dans ce contexte, les médias ont mentionné qu'il était question de quelques malades au lieu d'une épidémie de grande envergure (Duret, Cubizolles et Thiannbo; 2013).

Bref, cette relation d'interdépendance entre l'agenda médiatique et l'agenda institutionnel est fort précieuse, car elle ne permet pas seulement de mettre en évidence les influences possibles entre les médias et les institutions, mais elle permet aussi et surtout de percevoir les médias comme un « émetteur-relais » (Renaud, 2010) qui tente continuellement de sortir l'information institutionnelle d'un espace restreint (laboratoire,

décideur, etc.) vers un espace plus large et plus décentralisé, soit l'espace public. Ce dernier se définit comme « la somme empirique d'énoncés à visée définitionnelle sur ce que sont les êtres, les actions, les événements [...] et les jugements qui s'y attachent » (Benrahal et Matuszak, 2009, p. 34). Dans le domaine de la santé, l'espace public serait le domaine virtuel où l'information est accessible au citoyen sans qu'il ne fasse partie d'une institution particulière en opposition à l'espace privé (organisation sanitaire, scientifique, professionnelle de santé) qui ne serait accessible qu'à l'institution de la santé (Romeyer, 2010). L'espace public permet de faire le lien entre le rationnel, qui peut être représenté par l'information médicale, et le vécu qui peut être représenté par l'expérience du citoyen face à la maladie. Ce passage de la parole d'un espace à un autre est assuré par la médiatisation :

la question de la médiatisation consiste donc, au moins en partie, à se demander comment on passe d'une aire de publicisation restreinte (pour un micro public) à une aire plus large, en fonction de quels déterminants, par quels biais — recherchés ou subis —, à travers quelles modalités (Delforce et Noyer, 1999, p. 4).

Cette fonction de la médiatisation n'est pas sans danger, car quelquefois ce passage de discours entre l'espace spécialisé (propre à une sphère particulière de professionnels ou de décideurs en matière de politiques publiques) et l'espace public révèle des informations qui doivent rester dans le domaine professionnel. Le milieu de la santé en donne un bon exemple. En effet, l'information en santé, et surtout en situation d'épidémie, demande une période de vérification à la suite de laquelle l'information peut changer (Ichou, 2009). Diffuser cette information dans l'espace public peut faire courir le risque de divulguer des informations fausses ou incomplètes.

Dans une allégorie avec les niveaux de l'internet (superficiel, profond et *darknet*¹⁴), Ichou (2009) a pu déterminer trois niveaux de l'information dans une perspective qui illustre bien le passage de l'information d'un espace spécialisé et professionnel à un espace public ainsi que les résultats de ce passage. Par ce fait, il catégorise l'information, selon son accessibilité par le grand public, de blanche, grise et noir.

L'information blanche est une information qui est accessible à tout le monde en tout temps. C'est une information publique qui appartient à l'espace public et qui est définie par la légitimité générale comme les rapports épidémiques publiés par l'OMS. L'information grise est une information qui n'est accessible qu'à une sphère donnée de la société (chercheurs dans un laboratoire donné, ministère de la Santé, etc.). Il s'agit d'une information qui appartient à un espace restreint qui peut ou pas devenir public. L'information noire, quant à elle, appartient à un espace professionnel très restreint. Cette information ne peut pas et ne doit pas devenir publique. C'est le cas des informations qui relèvent des secrets industriels, des informations militaires stratégiques ou des informations qui se rapportent à la sécurité publique.

Lorsqu'une information est blanchie, c'est-à-dire qu'elle passe de grise à blanche sans suivre le cheminement normal, cela entame un long processus de la médiatisation qui fait en sorte qu'une norme en santé, une opinion publique ou une construction de sens va s'établir. Un des exemples les plus frappants est sans doute celui de l'étude : « Exposure to dogs and cats in the first year of life and risk of allergic sensitization at 6 to 7 years of

¹⁴ Nous avons gardé le terme en anglais, car la traduction *darknet* serait internet noir, alors qu'ici la référence est faite à un internet sombre non accessible avec les moteurs de recherche usuels.

age » publiée en 2002 dans le *Journal of the American Medical Association*. Selon cette étude, les enfants côtoyant des animaux domestiques pendant deux ans auraient beaucoup de chance de ne pas développer d'allergie à l'âge adulte. L'information est diffusée dans l'espace public certes, mais elle est surtout accessible aux scientifiques et aux chercheurs dans le domaine de la santé. Très vite, le réseau Reuters a contribué à une diffusion massive avant même que la communauté scientifique ne se prononce sur les résultats de l'étude en question. Cette diffusion hâtive à travers le globe (Ichou 2009) a amorcé le pas d'un mouvement incitant les parents à adopter des animaux domestiques pour le bien de leurs enfants.

Pensons également à l'étude d'Andrew Wakefield établissant un lien de causalité entre vaccination et autisme (Godlee, Smith, Marcovitch; 2011). Une enquête de 12 ans a permis de discréditer ces résultats. Selon cette recherche, 12 enfants auraient développé un autisme à la suite du vaccin ROR (rougeole, oreillon et rubéole). La médiatisation de l'étude de Wakefield a fait émerger de nouvelles façons de faire comme la réticence des parents à vacciner leurs enfants. Même après que le *British Medical Journal* ait retiré l'article de Wakefield, les suites de cette étude fallacieuse continue à faire effet jusqu'à récemment (Balavoine, 2016). Lors de cette médiatisation, en choisissant de présenter des histoires vécues et des témoignages de patients, les médias ont donné le pouvoir de parole à ces usagers de service de santé, entre autres, en ce qui concerne la vaccination. (Delforce et Noyer, 1999; Renaud, 2010).

Comme nous l'avons annoncé dans le chapitre sur les constats, notre objectif général de recherche est de comprendre comment la presse canadienne francophone a cadré

l'épidémie de Zika de 2016. En nous inspirant des concepts présentés précédemment, nous avons opté pour une étude qualitative inspirée de la méthodologie de la théorisation enracinée pour explorer les cadres utilisés par ladite presse. Nous expliquons les fondements de notre démarche méthodologique dans le prochain chapitre.

Chapitre 3 - Méthodologie

3.1 Méthodologie générale de la théorisation enracinée

Dans le présent chapitre, nous tenons à assoir les principes de notre démarche méthodologique, à expliciter le choix et la construction de notre corpus ainsi qu'à justifier notre choix de méthode d'analyse.

L'idée de ce mémoire nous vient de notre sensibilité aux problématiques de la santé. En effet, après avoir fréquenté le domaine de la santé pendant huit ans en tant qu'étudiante en soins infirmiers, infirmière-chef d'un bloc opératoire et étudiante en biologie médicale, nous avons développé certaines préoccupations quant au rapport du citoyen avec les maladies en général et les épidémies en particulier. Ce rapport est d'autant plus intéressant dans une ère où l'information sur les épidémies circule sur tous les canaux. Les constats que nous avons pu faire ont augmenté notre désir de comprendre la construction médiatique de l'épidémie de Zika de 2016.

Dans une visée de compréhension, ce sont les méthodes qualitatives qui s'imposent. Parmi celles-ci, nous avons choisi la méthodologie de la théorisation enracinée (MTE) pour plusieurs raisons. Premièrement, la MTE permet une exploration des phénomènes sociaux contrairement à une approche hypothético-déductive qui privilégie l'élaboration et la vérification ou la corroboration d'hypothèses (Guillemette, Luckerhoff, 2009). Deuxièmement, la MTE est orientée essentiellement vers l'émergence d'une compréhension d'un phénomène, compréhension qui n'est pas donnée à l'avance (Glaser & Strauss, 1967) dans la mesure où l'aboutissement du processus de recherche est une

théorie (dans notre cas la compréhension de la construction médiatique de l'épidémie de Zika de 2016). Finalement, la MTE est une méthode où la démarche scientifique est guidée par la fréquentation assidue du terrain et le respect de ce qui émerge des données empiriques. La MTE nous a offert un socle à la fois souple et cadré pour explorer la couverture de la presse canadienne francophone de l'épidémie de Zika. Souple, car elle nous permet de garder notre sensibilité aux données et cadrée, car elle nous permet de faire un travail de recherche scientifique balisé avec des règles et des procédures précises. Nous n'avons pas emprunté tous les principes généraux de la MTE, mais nous avons conservé les principes fondamentaux de la sensibilité théorique, l'échantillonnage théorique, le mouvement de va-et-vient entre l'analyse et les données ainsi que la saturation théorique, lesquels nous définirons plus loin.

Les pères de la MTE, si nous pouvons les appeler ainsi, ont mis en place une méthode ingénieuse pour aborder la problématique qui se présentait à eux. Alors que leur préoccupation était de comprendre comment les patients passaient leurs derniers jours dans un contexte où le corps médical était formé pour soigner et non pour accompagner la mort, ils se sont heurtés aux limites des méthodes hypothético-déductives classiques lorsque vient le temps d'étudier un phénomène pour lequel on ne dispose pas de théorie explicative ou lorsqu'on veut étudier un phénomène sous un angle nouveau (Guillemette et Luckerhoff (2009). Capables de sortir des sentiers battus, ils ont pu mettre en place une méthode de recherche où la formulation d'hypothèse à priori laissait gracieusement la place à la sensibilité au terrain. La genèse de la MTE a ainsi eu lieu en 1967 dans un cadre

médical afin de comprendre une problématique liée à la santé (Luckerhoff, 2012, introduction).

Lorsque l'heure est à la compréhension approfondie des phénomènes, la MTE constitue un choix de prédilection vu que c'est une « approche inductive par laquelle l'immersion dans les données empiriques sert de point de départ au développement d'une théorie sur un problème » (Guillemette, 2006, p. 32). En effet, de manière générale, l'objet de recherche de la MTE est souvent un phénomène ou des situations sociales et l'objectif de la recherche est le développement d'une théorie ou la compréhension du phénomène (Strauss et Corbin, 1998). Elle offre l'avantage de rompre avec les méthodes classiques par sa nature flexible qui permet un mouvement de va-et-vient entre les données et les résultats. Cette valse permet au chercheur de revenir sur ces pas, et ce, autant de fois qu'il est nécessaire pour atteindre la saturation théorique sans pour autant changer sa méthode d'échantillonnage. Soulignons que la saturation théorique dans la MTE est atteinte lorsqu'« aucune donnée nouvelle ne vient modifier la théorie construite » (Laperrière, 1997, p. 324). Il s'agit d'un jugement du chercheur par lequel il considère que la collecte de nouvelles données n'apporterait rien de vraiment significatif à la compréhension du phénomène étudié (Guillemette et Luckerhoff, 2009).

La MTE est donc une méthode où le chercheur garde une sensibilité théorique c'est-à-dire à une « écoute des données », d'une part, et une capacité de donner un sens aux données empiriques en dépassant l'évidence de premier niveau, d'autre part (Strauss et Corbin, 1998). Contrairement à ce qu'on peut être porté à croire, la MTE exige un respect de la méthode et des données, faute de quoi le chercheur ferait seulement du *jargonizing*

(Moreira, 2018). Ce qui anime cette méthode c'est la production de nouvelles connaissances pouvant aboutir à une théorisation ou même pousser la recherche vers des points plus particuliers. Toutefois, le défi de la méthode consiste à trouver l'équilibre entre la sensibilité et l'objectivité du chercheur. Le chercheur doit en effet savoir quand s'arrêter dans le mouvement de va-et-vient entre les données et les résultats. La saturation théorique doit rester le guide qui permet d'aiguiller ce va-et-vient. Trop s'attarder sur les données pourrait limiter l'analyse et s'attarder trop sur l'analyse risquerait d'éloigner le chercheur des données (Corbin et Strauss, 2014).

3.2 Construction du corpus

Nous nous sommes laissées guider par les conseils de Gérard Dérèze (2009) lors du choix du corpus de données à analyser. Selon ce chercheur en communication, lorsque les documents à analyser sont donnés à priori, le chercheur doit s'assurer de six éléments dans la constitution du corpus : la disponibilité, le contexte de production, l'homogénéité, la pertinence, l'authenticité et la complétude.

La disponibilité des documents est intimement liée à la faisabilité pratique de l'étude et à l'accès aux documents. Dans notre cas, nous privilégions un accès gratuit ou à prix dérisoire aux articles de presse. Nous avons choisi au départ d'analyser les articles de presse provenant de journaux locaux en Martinique. Nous nous sommes cependant heurtées à deux problématiques : un seul journal avait des archives en ligne que nous pouvions consulter et les articles étaient payants. L'accessibilité aux documents est donc

la principale raison du changement de notre terrain d'étude comme nous avons expliqué plus haut dans ce chapitre.

Le contexte de production : La considération du contexte de production inclut la connaissance de l'émetteur afin de justifier la présence des articles dans le corpus et la validité des articles.

L'homogénéité : il s'agit de restreindre la diversité des supports ou des types de documents constituant le corpus. En effet, il est difficile d'utiliser un outil d'analyse commun lorsque le corpus est constitué de plusieurs supports (articles, images, extraits de transmission radio, etc.) Le choix de notre corpus nous permet ainsi d'avoir un ensemble de support homogène pour notre analyse.

La pertinence : Les articles de presse permettent d'analyser les messages qui sont destinés au public. Ils offrent ainsi la possibilité d'explorer la manière dont l'épidémie est traitée et le genre d'information qui circule dans l'espace public sur cette situation d'exception.

L'authenticité : Les articles de journaux consultés sur la base de données Eureka garantissent l'authenticité des données à analyser pour deux raisons. Premièrement, il s'agit d'une base de données reconnue dans le milieu académique et les articles qui y figurent sont clairement et exhaustivement identifiés (titre du journal, date de publication, page, auteur, etc.). Deuxièmement, le choix d'articles de presse nous permet de confirmer la source de l'information contrairement aux médias sociaux où tout le monde peut publier ce qui lui semble pertinent.

La complétude : Le choix de la presse francophone au Canada nous permet d'avoir des articles provenant d'une dizaine de journaux physiques ou en ligne (ajouter le nom des journaux en note de bas de page). Cela nous permet d'explorer plusieurs regards portés sur l'épidémie. Le choix de la base de données Euréka nous permet d'avoir accès à un corpus physiquement complet, c'est-à-dire qu'il ne manque pas de bout aux articles téléchargés et que nous avons la totalité des articles publiés dans la période de temps que nous avons déterminée.

Une fois que nous avons déterminé l'épidémie à étudier et le terrain large à explorer, nous avons procédé à la délimitation de ce terrain. Nous avons déterminé la période de temps à couvrir par nos analyses en deux temps. Premièrement, nous avons relevé les moments clés de l'épidémie, ces moments sont déterminés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) étant donné que c'est l'organisme qui a la prérogative internationale d'annoncer les débuts et les fins des épidémies. Deuxièmement, nous avons déterminé des intervalles temporels qui délimitent les phases de l'évolution de l'épidémie.

3.2.1 Choix des périodes

Un des mandats les plus importants de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est de coordonner et diriger des veilles épidémiologiques à travers le monde. Il s'agit d'une collaboration internationale qui guette les flambées épidémiques, l'apparition de nouvelles maladies ainsi que le déplacement ou l'évolution des maladies existantes (OMS,

2007)¹⁵. C'est dans cette optique que l'OMS a désigné des laboratoires, un peu partout dans le monde, afin de mener les analyses virologiques, toxicologiques et biochimiques. Ces laboratoires peuvent être des institutions nationales ou régionales qui n'appartiennent pas à l'OMS et qui ne sont pas financées par cette dernière pour garantir une transparence des analyses et ne pas avoir de conflits d'intérêts ni de revendication d'allégeances. Cet agrément permet également de réduire le temps de transport ainsi que d'écourter la chaîne de manipulation des échantillons à analyser. De cette manière, l'OMS se réserve la prérogative de sa position en tant que référence quant aux épidémies. Ainsi, le règlement sanitaire en matière de santé mondiale stipule que seule l'OMS peut affirmer la présence d'une épidémie incluant son agent causal dans une région donnée du monde.

En nous basant sur les déclarations de l'OMS à propos de l'épidémie de Zika en 2016, nous relevons les moments clés suivant :

- Octobre 2015 : L'OMS met en évidence dans son rapport de surveillance sentinelle que plusieurs pays connaissent une augmentation des cas d'infection au virus Zika.
- 1^{er} février 2016 : L'OMS déclare que les microcéphalies associées à Zika sont une urgence internationale.
- 18 novembre 2016 : L'OMS met fin à l'urgence de santé publique de portée internationale.

En nous basant sur les trois moments clés de la pandémie, nous avons déterminé trois intervalles qui constitueront nos espaces temporels de couverture médiatique :

¹⁵ OMS. (2007) Évolution de la sécurité sanitaire. Récupéré de https://www.who.int/whr/2007/07_chap1_fr.pdf?ua=1

- Émergence de l'épidémie que nous appellerons phase A : Cette phase s'étale entre le premier octobre 2015 et le premier février 2016. Durant cette période, les cas de contamination par le virus et des microcéphalies étaient en augmentation continuelle alors que le lien de cause à effet entre le virus Zika et les microcéphalies n'avait pas été confirmé.
- Déclaration de l'urgence sanitaire internationale que nous appellerons phase B : Cette phase s'étale entre le 2 février et le 17 novembre 2016. Elle couvre la totalité de la période pendant laquelle l'OMS avait décrété que le Zika constituait une urgence de santé internationale à la suite de la confirmation du lien de causalité entre le Zika et les microcéphalies.
- La fin de l'épidémie que nous appellerons phase C : Cette période s'étale entre le 18 novembre 2017 et le 1^{er} mai 2017. À l'inverse des dates constituant les limites des phases précédentes, le 1^{er} mai ne réfère pas à un événement particulier lié au Zika. Nous avons choisi cette date pour clore l'intervalle de la phase.

3.2.2 Choix des journaux

Nous nous sommes intéressées uniquement à la presse francophone canadienne (écrite et web) et Zika était notre mot clé. Cet éventail nous permet d'explorer des journaux de couverture locale, comme *Les 2 rives* de la municipalité Sorel-Tracy, régionale, comme *Le Nouvelliste* pour la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, nationale québécoise, comme *Le Devoir*, nationale canadienne, comme *La Presse canadienne*, et internationale, comme *Radio Canada International*. Nous avons ainsi

accès à des journaux gratuits comme le *Journal Métro* et des journaux payants comme *Le Journal de Montréal*. Cette sélection permet également d'explorer des journaux indépendants, comme *Le Devoir* et *L'Acadie Nouvelle*, et des subventionnés par l'État comme *Ici Radio Canada*, et des journaux appartenant à un groupe média privé, comme *Le Journal de Québec*. L'annexe 1 présente la liste exhaustive des journaux dont proviennent nos articles à analyser.

3.2.3 Corpus final

Après avoir déterminé les critères de notre recherche d'articles sur la base de données Eureka, à savoir le mot clé (Zika), le territoire géographique (Canada), les périodes de publications (les intervalles cités plus haut) et la langue des publications (français), nous avons téléchargé la totalité des articles trouvés qui est au nombre de 2 764. Nous avons procédé en premier lieu à l'élimination des redondances et des articles de moins de 100 mots. Nous avons par la suite déterminé des critères d'exclusion pour peaufiner notre corpus. Ainsi, les articles de moins de 100 mots ayant une concentration sur les finances internationales, les articles qui citent le Zika en exemple et les articles qui font allusion au Zika alors qu'ils parlent d'autre chose ou d'autres maladies ont été éliminés. Après épuration, nous avons obtenu 564 articles dont nous avons analysé 45 articles à raison de 15 par période (se référer au tableau 2 : *corpus final*) que nous avons sélectionnés selon un échantillonnage théorique. En MTE, l'échantillonnage théorique signifie que le chercheur collecte ses données empiriques dans des circonstances choisies en fonction de leur potentialité de favoriser la compréhension du phénomène étudié

(Glaser et Strauss, 1967; Glaser, 1978; Charmaz, 1983). Le choix des articles ne se fait pas selon le critère de leur représentativité parce que nous n'avons aucune velléité de généralisation. Les articles sont choisis de manière aléatoire. Nous remarquons que pour les trois premiers mois de l'émergence de l'épidémie, il n'y pas eu d'article recensé sur la base de données Eureka. MTE, l'échantillon théorique de départ est déterminé par la question de recherche ou l'objet de recherche (Glaser et Strauss, 1967). Le but de l'échantillonnage théorique est l'exploration et la compréhension du phénomène contrairement à l'échantillonnage statistique qui vise à le documenter. Les textes, les événements, les épisodes conversationnels, les sites, les groupes, etc. sont alors choisis selon leur pertinence par rapport à la question de recherche. Il est judicieux de noter que

dans la démarche de la théorisation ancrée, l'échantillonnage théorique est intimement lié aux analyses en cours, dont il constitue le fer de lance. En effet, les situations et les groupes choisis le sont en fonction de leur pertinence au regard de l'élaboration des catégories conceptuelles et leurs relations, et non à des fins de représentativité des populations ou des situations à l'étude. (Poupart et al., 1997, p. 94).

Tableau 1 : Corpus final

Phase de l'épidémie	Nombre d'articles de départ	Nombre d'articles après exclusion	Nombre d'articles analysés
Émergence de l'épidémie	229	103	15
Déclaration officielle de l'urgence internationale	2375	406	15
Fin de l'urgence internationale	160	55	15

À chaque phase, une quinzaine d'articles a permis d'atteindre la saturation théorique. Rappelons qu'en MTE, « la collecte des données se fait jusqu'à saturation, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'aucune donnée nouvelle ne vienne modifier la théorie

construite » Laperrière (1997, p. 324). Il s'agit d'un jugement du chercheur selon lequel il considère que la collecte de nouvelles données n'apporterait rien à la théorisation ou, dans notre cas, à la compréhension du phénomène étudié. Le jugement de la saturation peut également être tributaire de certaines conditions comme le temps et les moyens dont dispose le chercheur (Strauss & Corbin, 1998). Nous avons prévu que, si nous n'arrivions pas à atteindre la saturation théorique avec les 45 articles, nous sélectionnerions d'autres articles selon les premiers résultats émergeant des premières analyses. Au bout de l'analyse de 45 articles, nous avons atteint une saturation théorique puisqu'aucun nouvel élément n'émergeait de l'analyse. Pour dire autrement, nous ne relevions plus aucune nouvelle unité de sens qui pourrait construire un cadre ou un sous-cadre.

3.3 Analyse de contenu

Après avoir établi notre méthodologie de recherche générale et notre corpus, il nous semble important d'expliquer le choix de la méthode pour laquelle nous avons opté afin d'analyser nos données. Pour notre approche qualitative, nous avons choisi l'analyse de contenu, car elle permet d'analyser les écrits en poussant la réflexion et ne pas seulement s'arrêter aux impressions révélées par la première approche des données. L'analyse de contenu offre également la possibilité de prendre en considération le contexte dans lequel les écrits sont produits ainsi que le public pour lequel ils sont destinés. Cette considération nous rappelle justement le caractère chronotopique des cadres.

Il existe plusieurs types d'analyse de contenu, les plus répandus sont l'analyse thématique, l'analyse formelle et l'analyse structurale (Derèze, 2009). Dans notre

recherche, nous utilisons l'analyse thématique parce qu'elle constitue la base de l'analyse du contenu, mais surtout parce qu'elle est la méthode la plus utilisée en sciences sociales.

Le but de l'analyse thématique comme méthode d'analyse de contenu est de repérer les unités sémantiques qui constituent l'univers discursif de l'énoncé. Dans ces conditions, il s'agit de produire une reformulation du contenu de l'énoncé sous une forme condensée et formelle. Pour réaliser cette tâche, on procède en deux étapes : le repérage des idées significatives et leur catégorisation. Ainsi, par la catégorisation, nous obtenons une modalité pratique pour le traitement des données brutes (Negura, 2006, p. 5 dans Derèze, 2009).

Nous avons ainsi procédé en plusieurs lectures dans le respect du va-et-vient entre les résultats préliminaires et les données. Une première lecture dite flottante nous a permis de nous familiariser avec le contenu des articles et a confirmé notre sensibilité aux données dans la mesure où les unités de sens commençaient déjà à émerger de manière spontanée. Nous avons procédé par la suite à une deuxième lecture dans le but d'un codage ouvert. Soulignons que le codage ouvert est le premier niveau de codage (Glaser, 1992) dans lequel le chercheur s'ouvre aux données en laissant tout émerger ce qui se manifeste. Au cours de cette lecture, nous avons abordé les articles en deux temps. Nous avons d'abord relevé les unités de sens en laissant le texte s'exprimer dans le sens où nous n'avons pas suivi une grille d'analyse fermée. Nous avons ensuite regroupé les unités de sens dans des catégories plus précises. Rappelons qu'une unité de sens est « une unité textuelle ou temporelle particulière, mais peut correspondre à une portion de phrase, une phrase entière ou un groupe de phrase suivant le matériau codé » (Allard-Poesi, 2003, p. 254). Il était donc question de repérer puis d'identifier les éléments (mots, phrase, chiffres, répétitions, noms, sigles, etc.) porteurs de sens et permettant d'identifier des catégories précises et distinctes qui constitueront les cadres utilisés par la presse canadienne francophone dans

la couverture de l'épidémie de Zika de 2016. Notons qu'un même élément peut se retrouver dans plusieurs catégories dépendamment du contexte de son utilisation (Allard-Poesi, 2003). Alors que les unités de sens peuvent être descriptives, versatiles et peuvent avoir un sens large s'apprêtant à des interprétations diverses, les cadres sont précis et induisent par ce fait une compréhension particulière d'un fait ou événement (Allen Gerlach, 2016). À l'image d'un entonnoir, le large champ des unités de sens, lorsqu'elles sont rassemblées par thèmes, rétrécit vers un point de convergence qui n'est autre que le cadre.

Lorsque nous avons commencé l'analyse des cadres, nous avons perçu que plusieurs catégories se croisaient et qu'il était possible de les regrouper sous de plus larges catégories. Nous avons par conséquent décidé de revenir aux données pour faire une troisième lecture en vue d'un codage axial. Soulignons que lors d'un codage axial, on considère une catégorie comme un axe autour duquel le chercheur développe son analyse selon les différents aspects ou propriétés de cette catégorie (Hutchinson & Wilson, 2001; Strauss, 1987; Strauss & Corbin, 1998). Lors de ce codage, nous avons mis les catégories en relation et nous les avons regroupées en catégories-axes. C'est ce qui a permis l'émergence des cadres et des sous-cadres comme présentés dans le chapitre résultats de l'analyse. Lorsque nous avons remarqué qu'à la lecture des trois derniers articles de chaque phase de l'épidémie, plus aucun élément nouveau n'émergeait, nous avons compris que nous avions atteint la saturation théorique.

Chapitre 4 – Résultats de l'analyse

Dans ce chapitre, nous présentons les cadres qui ont émergé dans le processus d'analyse inductive des données et nous procédons à une explication de ces cadres. Au terme de l'analyse thématique des articles, nous avons pu distinguer quatre cadres se divisant chacun en sous-cadres : le cadre informationnel, le cadre émotionnel, le cadre institutionnel et le cadre moralisateur.

La présence de ces cadres est variable selon la phase de l'épidémie. Le tableau ci-dessous présente les différents cadres et sous-cadres selon leurs fréquences dans les articles. Nous tenons à préciser qu'un article peut contenir plusieurs cadres, comme un cadre peut être présent à plusieurs reprises dans le même article. Le tableau 2 : Fréquence des cadres dans les 45 articles analysés présente la fréquence des cadres relevés dans un ordre décroissant d'importance.

Tableau 2 : Fréquence des cadres dans les 45 articles analysés.

Cadre	Fréquence
Cadre informationnel	127 fois
Cadre émotionnel	93 fois
Cadre institutionnel	45 fois
Cadre moralisateur	42 fois

4.1 Cadre informationnel

Le cadre informationnel réfère à la manière dont les informations autour de l'épidémie de Zika sont présentées. L'information donnée au public peut concerner le virus lui-même, la maladie qu'il peut causer ou encore les avancées de la recherche pour faire face à la nouvelle menace sanitaire. Le cadre informationnel nous a permis en premier lieu de relever que la manière dont la presse¹⁶ donne les différentes informations sur le Zika change selon le type d'information. Ainsi le ton de la presse nous permet de distinguer entre l'information médicale et l'information scientifique.

Une information scientifique est une information qui concerne le microorganisme, son cycle de vie, son mode de transmission, son évolution, en somme, une information qui permet la compréhension du microorganisme en cause dans l'épidémie, dans notre cas le virus Zika. L'information médicale renseigne quant à elle sur les symptômes que le virus cause, les complications sur la santé, le dépistage et le traitement. Pour mieux distinguer les deux types d'information, nous pouvons retenir que l'information scientifique concerne le virus alors que l'information médicale concerne les manifestations du virus chez l'individu.

Dans la sphère des sciences de la santé, la limite entre les deux types d'information est très délicate, non seulement en raison du chevauchement entre le scientifique et le médical, mais surtout parce que la médecine actuelle est de plus en plus axée sur la compréhension des mécanismes moléculaires impliqués dans les maladies. De plus, les

¹⁶ La presse ici représente les 45 articles de la presse canadienne francophone analysés dans le cadre de ce mémoire et non une généralisation. Nous utiliserons pour le reste de ce mémoire cette formulation (presse) pour alléger le style.

laboratoires ne sont plus l'apanage des laborantins, de plus en plus de médecins s'investissent dans la recherche clinique ou la recherche élémentaire comme de plus en plus de biologistes concentrent leurs recherches en médecine appliquée. Nous ne sommes pas certaines si les journalistes font cette différence. Toutefois, lors de nos lectures, nous avons relevé, et à plusieurs reprises, une différence dans le ton entre les deux types d'information. Lorsqu'il s'agit d'une information scientifique, le ton est plus neutre. La presse informe le lecteur, entre autres, sur le virus et la causalité de la maladie. Nous pensons que cette neutralité est peut-être préméditée pour montrer que le journaliste en restant objectif fait confiance à la science ou donne une notoriété au discours scientifique.

Virus émergent, le Zika a été identifié pour la première fois en Ouganda en 1947 dans une population de singes rhésus. Les scientifiques ont répertorié les premiers cas sur des humains en 1952 en Ouganda et en Tanzanie. La Polynésie française (2013) et le Brésil (2015) ont connu des épidémies du virus Zika dont la période d'incubation, qu'on estime à quelques jours, est encore mal connue (A1, 28 janvier 2016).

Le recours à la phrase passive « a été identifié », l'emploi de pronoms personnels à la troisième personne « on », la référence aux « scientifiques » pour appuyer les informations données et l'absence d'interpellation du lecteur sont autant d'indices textuels associés à l'objectivité du ton de la presse lorsqu'il est question d'information scientifique. Cependant, lorsqu'il s'agit d'information médicale, le ton est plus subjectif. Nous nous retrouvons face à un style descriptif et imagé.

Zika n'est pas du tout de la trempe d'Ebola, puisque la très grande majorité des gens l'attrapent, en se faisant piquer par un moustique infecté, ne s'en rendent même pas compte. Mais ce virus peut causer une grave malformation congénitale chez les nouveau-nés quand il touche des femmes enceintes. Et l'épidémie actuelle risque d'être très difficile à maîtriser (A2, 21 janvier 2016).

Nous pensons que les journalistes tentent d'instaurer l'image que la médecine touche plus la vie des citoyens et, par ce fait, doit être plus proche de ces derniers. Le discours médical se veut un discours teinté d'émotions. Qu'il soit de l'information scientifique ou l'information médicale, il s'agit d'un cadrage informationnel comportant deux sous-cadres : l'incertitude de l'information et la difficulté du diagnostic.

4.1.1 Incertitude de l'information

À mesure que l'épidémie se développe, la presse souligne l'incertitude de l'information. Que ce soit par l'usage d'interrogations comme « Est-il soudain devenu plus virulent? [...] Est-on sûr qu'il est responsable de la multiplication des cas de microcéphalie? » (A3, 8 février 2016), des expressions de doute comme « on connaît encore peu de choses sur le mécanisme [en parlant des microcéphalies] » (A14, 2 février 2016), « l'OMS a toutefois indiqué que ce lien [microcéphalie et Zika] demeure pour le moment circonstanciel » (A27, 27 janvier 2016), des tournures de phrase au conditionnel comme « la maladie [...] pourrait, quand elle touche des femmes enceintes, entraîner une grave malformation congénitale » (A30, 31 janvier 2016), Zika est synonyme de doute.

Non seulement l'information est incertaine, mais l'accès y est difficile. Pour la plupart du temps, les recherches, tout comme les décisions des comités gouvernementaux, se passent en huis clos et la presse n'a accès qu'à ce qui lui est autorisé : « Ils [les experts] mentionnent aussi l'existence d'un protocole de collaboration entre l'OMS et le Comité national olympique, dont les tenants et aboutissements n'auraient jamais été rendus publics » (A4, 1^{er} juin 2016).

L'incertitude de l'information est un sous-cadre qui pourrait alimenter l'inquiétude. En effet, l'épidémie étant nouvelle, ou du moins la nouveauté de son lien avec les microcéphalies, cette nouveauté entraîne une perception que l'information n'est pas disponible ou qu'elle soit incertaine : « C'est inquiétant par ce que c'est nouveau et qu'on n'en connaît pas beaucoup » (A5, 22 avril 2017). Dans le même ordre d'idées, la recherche est encore à l'étape de documentation et de compréhension du virus et de ses effets sur la santé. Cela explique pourquoi les dangers du Zika ne sont pas tous élucidés et qu'ils créent un effet de surprise : « On ne connaît pas tout et il faut s'attendre à d'autres surprises » (A6, 16 décembre 2016).

Que ce soit à propos du virus et de ses effets sur la santé, la possibilité de vaccins, la persistance du virus dans les liquides biologiques (sang, sperme), la presse ne manque aucune occasion pour évoquer des études en cours au risque de se contredire. Les contradictions les plus flagrantes concernent les recherches sur les vaccins. Nous avons pu relever deux affirmations contradictoires parues dans deux journaux différents à deux jours d'intervalle à ce sujet. L'un affirme qu'un vaccin sera prêt avant la fin de l'année 2016 : « Un vaccin contre la maladie due au virus Zika, mis au point actuellement par des chercheurs américains et canadiens, pourrait être offert avant la fin de l'année » (A7, 30 janvier 2016). Ces 12 mois d'attente d'un vaccin étaient remplacés par « des années » dans un autre article paru, lui aussi en janvier de la même année, à quelques jours d'intervalle :

La production de vaccins pourrait prendre des années, a estimé jeudi un haut responsable sanitaire américain alors que se renforcent les craintes de voir cette infection, transmise par des moustiques et soupçonnée de

provoquer des malformations congénitales, se propager (A8, 28 janvier 2016).

La recherche et les délais diffèrent d'un laboratoire à l'autre et d'un journal à l'autre. Cela suscite non seulement l'incertitude de l'information scientifique, mais également l'incertitude de la recherche puisque des laboratoires dans le même pays n'arrivent pas aux mêmes conclusions. Cette incertitude sème le doute et nous pousse à demander comment le citoyen peut avoir accès à une information compréhensible, non contradictoire et convaincante si même le journaliste a avoué qu'il ne trouve pas l'information exacte souhaitée. :

Mais qui diable a raison? L'OMS? Les 150 experts? Honnêtement, je n'en sais rien. On le saura bien assez tôt, soit à l'automne 2016. En attendant, on croise les doigts, mais surtout, on se protège contre les moustiques si on se rend dans le Sud (A4, 1^{er} juin 2016).

Cette citation suggère non seulement la méfiance envers les sources d'informations qui devraient en principe être fiables, mais permet aussi aux journalistes de justifier au public le manque d'information auquel ils font face.

L'incertitude de l'information est également présente lorsque la presse s'attarde sur l'avancement des travaux de recherche sur le Zika. Après la déclaration de l'urgence sanitaire internationale, les écrits sur la recherche mettent l'accent sur le développement d'un vaccin. Bien qu'ils soient nécessaires de faire avancer les recherches, le financement limité ralentit la progression rapide de ces recherches. En donnant des chiffres et en usant de vocabulaire scientifique, la presse explique au public que la recherche prend du temps et surtout de l'argent.

Le gouvernement canadien verse presque 5 millions \$ de plus à la lutte contre le virus Zika. Trois de ces millions iront à la recherche en finançant les Instituts de recherche en santé du Canada et le Centre de recherches pour le développement international (A11, 11 mai 2016).

Nous nous retrouvons devant deux versions contradictoires. D'une part, les gouvernements débloquent d'importantes sommes d'argent pour aider à avancer la recherche et, d'autre part, les scientifiques dénoncent haut et fort le manque de subventions et de soutien financier afin de rester dans la course à la recherche « Le chercheur évalue à moins de 10 % ses chances d'obtenir du financement pour ce projet (l'étude du génome de Zika pour mieux le combattre). » (A12, 1^{er} février 2016). En se positionnant du côté de la participation du gouvernement au développement de la recherche, le professeur montre qu'il n'y a pas de dialogue entre le gouvernement et les institutions scientifiques. Finalement, en plaçant la recherche dans le territoire canadien en général et québécois en particulier, la presse instaure chez les lecteurs l'idée que le Québec prend part à la course pour un vaccin contre la maladie. Cela aide à instaurer un climat de confiance chez le citoyen puisque les scientifiques canadiens et québécois prennent part au problème même si le moustique porteur de la maladie ne sévit pas en territoire canadien.

4.1.2 Difficulté du diagnostic

Le Zika est présenté comme une maladie dont le diagnostic est difficile. Le Zika est une maladie à déclaration non obligatoire. Contrairement aux maladies à déclaration obligatoire (comme la rougeole, le VIH, Ebola, le tétanos, etc.) où les professionnels de la santé ont la responsabilité médico-légale de déclarer le cas. Si un patient est diagnostiqué avec Zika, les autorités sanitaires n'en prennent pas connaissance ce qui complique la surveillance sentinelle de la maladie :

Des Québécois peuvent être atteints du virus sans que les autorités de la santé en soient au courant. Ce scénario est même fort probable, puisque la majorité (75 à 80 %) des personnes infectées par le virus ne développe pas de symptôme. Autrement, les symptômes sont le plus souvent bénins, et ils s'apparentent à ceux causés par la grippe (A9, 1^{er} février 2016).

Le caractère bénin de la maladie et des symptômes fait en sorte que cette dernière peut passer sous le radar médical, ce qui augmente la difficulté du diagnostic. La presse relie également la difficulté du diagnostic au danger de la maladie puisque des hommes, qui ne sont pas diagnostiqués du Zika alors qu'ils sont porteurs du virus, pourraient le transmettre à leur partenaire sexuel sans le savoir.

La difficulté du diagnostic est également rencontrée dans la mise en évidence des microcéphalies des fœtus chez les femmes porteuses du virus Zika. Il faut attendre le deuxième trimestre de la grossesse pour mettre en évidence la microcéphalie, et là encore, son absence ne garantit pas que le fœtus n'en développera pas ou qu'il ne développera pas des retards psychomoteurs après sa naissance :

« J'étais incapable de lui dire si la probabilité que le fœtus soit contaminé était de 1 %, 50 % ou 100 % », a expliqué au journal *Le Monde* le médecin de Silvia. « Mais je l'ai prévenue : la microcéphalie ne se détecte qu'à six mois de grossesse. » Désespérée, Silvia n'a pas voulu prendre de risque, quitte à se transformer en criminelle aux yeux de la loi brésilienne (A10, 23 janvier 2016).

Dans le même ordre d'idées, la presse souligne la ressemblance entre le Zika et certaines maladies infectieuses courantes pour accentuer la difficulté de son diagnostic. Dans le cas où l'affection par Zika est bénigne, les patients présentent les mêmes symptômes que ceux des affections par le virus Chikungunia ou celui de la Dengue qui sont d'ailleurs transmis par le même moustique. Cette ressemblance rend la détection du virus extrêmement difficile ce qui ne permet pas de prendre les mesures recommandées par les ministères de la Santé pour procréer. Par ce fait, seuls des examens sérologiques systématiques permettent de mettre en évidence l'existence du Zika dans le sang. Il s'agit ici de tests coûteux qui ne peuvent pas être demandés systématiquement à chaque personne ayant fait un voyage dans une des destinations touchées par le Zika.

Dans le cas où l'affection par le virus Zika est grave, le patient peut présenter des symptômes qui ressemblent à ceux du Guillain-Barré, ce qui rend également le diagnostic difficile. Dans la même perspective, dans le cas où le diagnostic du Zika est confirmé, ses répercussions sur la santé quant à elles ne sont pas confirmées.

Microcéphalies, retards psychomoteurs, affections neurologiques, la presse utilise des termes médicaux sans les vulgariser. Le recours au langage inexpliqué de la médecine, par exemple, « on a observé des taux de complications neurologiques beaucoup plus élevés que la Dengue » (A 41, 6 mars 2017), « Deux voyageurs souffraient de Guillain-

Barré [...] vous avez en seulement 41 cas tout le spectre des problèmes qui ont déjà été associés à Zika » (A 41, 6 mars 2017), augmente le mystère autour de la maladie et l'inquiétude liée au fait que le Zika peut avoir de graves répercussions sur la santé.

Pour conclure, l'information est incertaine dans cette situation d'exception (l'épidémie de Zika). Le diagnostic et le dépistage de la maladie sont difficiles, car la science fait face à beaucoup d'incertitude. Cela rappelle la difficulté de la médiatisation des problématiques liées à la santé. Lorsqu'il s'agit d'une maladie émergente, l'information est en continuel changement, elle évolue suivant l'évolution de l'épidémie et se bute souvent aux incertitudes des scientifiques. En résumé, avec cette lecture du cadre informationnel, nous identifions deux réalités qui se heurtent l'une à l'autre. La réalité scientifique et la réalité médiatique : le scientifique qui se doit d'être rigoureux et ne peut affirmer avec certitude un lien de causalité que lorsque ce dernier est confirmé et le journaliste qui doit informer les citoyens.

4.2 Cadre émotionnel

La peur, l'inquiétude et l'insécurité constituent des émotions qui teintent les articles étudiés et qui alimentent le présent cadre. Rappelons que l'émotion, pathos, représente l'aspect pragmatique du discours. Dès le début de notre lecture-analyse, nous avons compris que ce cadre est significatif dans la construction du discours médiatique sur l'épidémie de Zika de 2016. Le cadre émotionnel est divisé en trois sous-cadres : la crise, la réassurance et les histoires vécues. L'agencement des sous-cadres présente un intérêt particulier. Alors que la réassurance et la crise évoquent des émotions contradictoires, la

presse utilise ces sous-cadres de manière complémentaire afin de présenter une image globale : Zika constitue une crise pour les autres pays alors que les Canadiens doivent être rassurés. Cette image est consolidée par des histoires vécues au Canada et ailleurs.

4.2.1 La crise

Que ce soit dans des textes qui comportent des synonymes de la peur, des titres qui choquent ou des exergues qui font preuve de sensationnalisme, l'épidémie de Zika est présentée comme une nouvelle qui devrait inquiéter. Bien que la maladie existe depuis des décennies, la flambée épidémique de 2016 doit être considérée comme un aléa qui marquerait peut-être l'évolution de la maladie vers une forme plus dangereuse.

La presse utilise des termes de guerre pour souligner la gravité de la situation. La guerre est souvent liée à des situations d'exception, à des crises ou encore à des mesures extraordinaires. La guerre est déclarée contre une entité qui menace l'intégrité physique, sociale ou psychologique d'une population. L'utilisation de ce vocabulaire sous-entend par conséquent que la population est face à un ennemi contre lequel il faut s'armer et lutter, d'où l'instauration du cadre de la crise.

L'offensive à l'échelle du pays-cadre dans la guerre déclarée par la présidente Dilma Rousseff contre le virus s'étant rapidement propagé à d'autres pays d'Amérique du Sud. Le gouvernement a indiqué que 220 000 membres des forces armées accompagnés par des travailleurs de la santé et des équipes de contrôle des moustiques prenaient part à la campagne. (A13, 13 février 2016).

Comme nous le constatons, le recours au vocabulaire de la guerre consolide l'idée que l'épidémie de Zika n'est pas à prendre à la légère et que c'est une situation qui

nécessite autant de préparation qu'un départ en guerre : « Les autorités de santé publique sont sur le qui-vive alors que le virus Zika se répand comme une trainée de poudre en Amérique latine » (A2, 21 janvier 2016). Ainsi, l'utilisation d'hyperboles telles que « terrible tragédie » (A 33, 1er décembre 2016), de comparaison « si la peur de 2015 s'est appelée Ébola, celle de 2016 s'appellera peut-être Zika » (A3, 8 février 2016), de superlatifs « l'OMS s'inquiète de plus en plus » (A34, 17 mai 2016) et de qualificatifs d'exagération tels « se propage de manière explosive » (A1, 28 janvier 2016), illustre clairement la gravité de la situation, d'autant plus que cela concerne le monde entier vu que « [le] virus Zika, soupçonné de provoquer des malformations chez les bébés, sème l'inquiétude un peu partout sur le globe. » (A15, 28 janvier 2016).

La position de l'OMS donne également du poids à l'appel à l'inquiétude instaurée par la presse et légitime la considération de l'épidémie de Zika comme une crise puisque

l'Organisation mondiale de la santé a proclamé lundi que l'épidémie de virus Zika est une urgence sanitaire mondiale, affirmant que la propagation explosive de la maladie en Amérique constitue un événement extraordinaire. [...] La dernière urgence sanitaire mondiale proclamée par l'OMS, en 2014, portait sur l'épidémie dévastatrice du virus Ebola en Afrique de l'Ouest, qui a tué plus de 11000 personnes (A16, 1^{er} février 2016).

La crise est également instaurée grâce à la comparaison du Zika avec d'autres maladies qui ont causé des situations d'exception par le passé. Avec cette contextualisation historique, la presse rend la comparaison légitime avec d'autres épidémies qui ont causé plusieurs morts et qui ont perturbé le cours de la vie de plusieurs pays. Dès que l'agence onusienne annonce l'urgence sanitaire mondiale, le virus Zika est

mis dans un contexte comparatif afin de justifier la peur inspirée par le virus, « Si la peur de 2015 s'est appelée Ebola, celle de 2016 s'appellera peut-être Zika » (A4, 1^{er} juin 2016).

La gravité de l'épidémie d'Ebola de 2014, le souvenir des ravages de cette dernière en termes de morts ainsi que la menace à la santé publique ravivent les vieilles peurs liées à Ebola et permettent d'assoir le cadre de la crise par pure comparaison avec le passé. Si l'OMS dit qu'il s'agit d'une urgence mondiale, cela ne peut être que vrai considérant que cet acteur ne publie pas des déclarations de la sorte à la légère. Les déclarations des épidémies ou des urgences sanitaires internationales sont des décisions qui reposent sur des études et des recherches épidémiologiques. Dans le même ordre d'idées, les conséquences du Zika sur la santé des nouveau-nés permettent de comparer l'épidémie en cours aux grandes épidémies de rubéole, ce qui assoit le cadre de la crise.

Pendant que l'équipe de Gary Kobinger planche sur un vaccin, le Zika, lui, continue de s'étendre. Il fait peser sur l'humanité une menace qu'elle n'avait pas connue depuis les grandes épidémies de rubéole, dans les années 70 : un agent pathogène causant des malformations congénitales (A17, 12 février 2016).

La maladie à virus Zika est aussi comparée à l'infection par VIH. Bien que la presse mette l'accent sur les différences entre les deux maladies (moyens de contamination, état de la recherche et moyens de lutte), le point commun entre les deux demeure la gravité des conséquences sur la santé et le poids que le Zika et le VIH présentent en tant que fardeau mondial :

Le Zika présente une terrible tragédie pour les femmes enceintes, leur enfant affecté ainsi que leurs familles, et il est heureux que la microcéphalie soit une complication relativement rare. En même temps, le fardeau mondial du VIH continue de s'étendre, en partie parce que

plusieurs personnes ont été sauvées grâce aux ARV (A33, 1er décembre 2016).

Finalement, la presse met l'accent sur le moustique *Aedes*, vecteur du Zika, pour justifier la méfiance vis-à-vis cette petite créature et consolider le concept de la crise.

Quel est l'animal le plus meurtrier de la planète? Le requin? Il a tué une dizaine de personnes sur la planète en 2015. Le serpent? Déjà pas mal plus dangereux : il a fait plus de 50 000 victimes l'an dernier. En fait, l'animal le plus mortel ne mesure que quelques millimètres et fait beaucoup parler de lui ces jours-ci. Il s'agit du moustique. Bon an, mal an, il tue environ 700 000 personnes. La malaria est responsable de la majorité de ces décès, mais d'autres virus, comme la dengue, la fièvre jaune, le chikungunya et le Zika, qui sont tous propagés (A18, 8 février 2016).

En effet, dans cette comparaison teintée de sensationnalisme, la presse compare les ravages d'*Aedes* à ceux des autres prédateurs dans la nature qui pourraient mettre la vie d'un humain en péril. Ainsi, selon la presse, le moustique serait plus meurtrier que le requin blanc, quoi de mieux qu'une construction sociale du danger ultime pour consolider la gravité de Zika et de son vecteur.

4.2.2 Rassurant

Le deuxième sous-cadre met la maladie dans une perspective plus locale. L'inquiétude face au Zika doit être prise avec une distinction territoriale. Le Canada et plus spécifiquement le Québec n'ont rien à craindre, car ils sont à l'abri du moustique *Aedes*, qui véhicule la maladie. Nous remarquons que, à l'instar du premier sous-cadre, la réassurance est présente de manière quasi constante tout au long du développement de l'épidémie.

« Le risque de contracter le virus au Canada est toutefois nul, puisque les moustiques qui le transportent ne vivent qu'en zone tropicale et subtropicale » (A2, 21 janvier 2016). Le climat au Québec est l'une des grandes barrières contre la maladie à virus Zika puisque le moustique ne peut pas survivre aux conditions climatiques du Québec. Cela est d'autant plus appuyé par l'accent mis sur les contaminations à l'extérieur du Canada puisque « la ministre rappelle toutefois que les cas découverts au Canada étaient tous liés à des patients qui s'étaient rendus dans des zones touchées » (A19, 28 janvier 2016). Chaque fois que les articles rapportent le nombre de cas d'infection par Zika au Québec, la généralisation est franche : les Québécois, tant qu'ils ne voyagent pas, sont à l'abri du virus en cause et ne doivent pas craindre la maladie par conséquent. Cette affirmation est appuyée par le calme de l'autorité, comme l'explique la porte-parole du ministère de la Santé :

la porte-parole du ministère, Karine White, s'est limitée à donner cette information « on sait que tous les cas ont été attrapés à l'extérieur du Québec ou du Canada. Si les gens pouvaient l'attraper ici [le Zika], on serait dans une tout autre situation (A20, 6 septembre 2016).

Dans le même ordre d'idées, la presse met l'accent sur les mesures entreprises par le gouvernement afin d'assurer la sécurité des dons de sang.

Toute personne qui aura séjourné dans une destination autre que la portion continentale des États-Unis ou de l'Europe devra attendre 21 jours après son retour au Canada avant de faire un don de sang. Héma-Québec estime que cette mesure de précaution permettra d'éviter que des personnes pouvant avoir contracté ces virus dans les pays touchés puissent faire un don alors qu'elles sont encore porteuses du virus (A21, 4 février 2016).

Ces déclarations s'inscrivent dans la lignée des mesures mises en place pour rassurer la population canadienne après la confirmation de la possibilité de transmission par voie

sanguine. Ce désir de rassurer la population quant aux dons de sang est alimenté par deux raisons : le don de sang est considéré comme un devoir citoyen au Canada, et le voyage est une culture valorisée au Canada. La presse tente de rassurer la population en soulignant que les gens qui voyagent ne constitueront pas un danger pour leurs concitoyens. De cette manière, la presse instaure l'idée que le Canada et le Québec gardent le contrôle sur la propagation de la maladie.

4.2.3 Histoires vécues

Les histoires vécues offrent une approche affective plutôt que cognitive des faits et des événements. Elles constituent un troisième sous-cadre du cadre émotionnel, tout en confirmant les deux sous-cadres de la crise et de la réassurance.

Dans les articles témoignages, nous avons remarqué une tonalité pathétique qui a pour but d'émouvoir le lecteur et de provoquer un sentiment de compassion ou d'attendrissement. Concrètement, les histoires vécues peuvent inspirer la pitié face aux souffrances des parents dont les bébés sont nés avec des microcéphalies. La presse s'appuie sur des histoires vécues, que ce soit celles des parents attendant des enfants avec la menace de Zika ou les histoires des scientifiques qui mènent des recherches sur le virus. Dans le premier cas, la presse relate le parcours de parents d'enfants nés avec des microcéphalies. « Zika : au Brésil, le virus brise les rêves des familles. [...] une nouvelle tombée comme une bombe sur nos têtes » (A22, 4 février 2016), « J'ai dû mettre toute ma vie à l'arrêt, vivre en fonction de mon bébé » (A23, 13 janvier 2017).

Ainsi, les larmes, la douleur, les métaphores et les comparaisons à forte charge émotive comme « nouvelle tombée comme une bombe » illustrent bien la détresse des parents impuissants face au sort de leurs nouveau-nés. Dans le même ordre d'idées, on retrouve le récit d'une jeune femme enceinte qui vit dans l'angoisse et la crainte de l'accouchement alors que cet événement devrait être un moment heureux attendu avec impatience et non avec appréhension

Manuela Mehl se souvient de la découverte de sa grossesse à l'âge de 37 ans comme de l'un des plus beaux jours de sa vie. C'était en octobre dernier, mais depuis, ses 16 semaines de maternité ont surtout été marquées par l'angoisse. « Quand j'ai découvert l'existence du virus et le lien possible avec une malformation cérébrale du fœtus, je me suis mise à ne plus dormir la nuit » raconte l'avocate qui habite à Copacabana (A24, 31 janvier 2016).

En médiatisant le vécu des parents (bébés atteints de microcéphalies, femmes enceintes), la presse confirme la crise, car une menace pour la progéniture n'est pas une situation sociale minime, même si les pourcentages de microcéphalie sont incertains. Les histoires des femmes craignant le jour de l'accouchement prouvent que l'angoisse est réelle. Dans cette optique, nous voyons l'émergence d'une nouvelle catégorie d'acteurs en santé. Par leurs expériences et leur vécu, les patients deviennent des experts sociaux dont la voix est entendue et auxquels on s'identifie.

A part le témoignage des parents, nous trouvons celui d'un chercheur québécois :

Nous avons rendez-vous avec le microbiologiste Gary Kobinger à 13 h. À 13 h 30, il passe en coup de vent, le cellulaire collé à l'oreille, en train de parler anglais. Il est plus de 14 h lorsque nous pouvons enfin serrer la pince du chercheur. « On a une téléconférence avec la FDA demain. J'étais avec un collègue qui travaille sur un rapport avec des centaines de pages Excel devant lui... Plusieurs découvrent les joies des études

cliniques avec des échéanciers impossibles », explique le chercheur affairé pour s'excuser (A17, 12 février 2016).

En choisissant de relater certaines tâches de la journée du chercheur, cet article met l'accent sur le rôle des chercheurs dans la lutte contre le Zika, une lutte qui n'est pas toujours facile et qui nécessite un engagement total. Dans le même ordre d'idées, l'engagement du gouvernement est nécessaire pour soutenir les chercheurs dans leurs projets. En ce sens, la demande des subventions est une quête au quotidien « ces jours-ci, Lionel Berthoux en est à faire des demandes de financement, essentiellement auprès du gouvernement fédéral, pour permettre au projet [une méthode antivirale contre le virus] d'avancer « de façon efficace », dit-il (A12, 1er février 2016).

En somme, l'inquiétude, la peur, la comparaison avec d'autres épidémies et le recours au vocabulaire de la guerre sont autant d'éléments sensibilisateurs qui permettent d'instaurer le cadre de la crise, un cadre où il s'agit d'une épidémie « terrifiante », mais qui se passe quand même loin de chez nous. Tant que les frontières limitrophes sont bien gardées, tant que les autorités sont bien préparées, le Québec n'a rien à craindre. Toute la terreur se passe de l'autre côté des tropiques. Il s'agit d'une disparité du regard porté sur la maladie qui nous rappelle la composante sociale et géographique de la maladie. Avec cette nuance, la presse instaure l'idée que la gravité de l'épidémie doit être évaluée dans son contexte chronotopique, c'est-à-dire en prenant en considération le temps et le lieu où l'épidémie sévit.

4.3 Cadre moralisateur

Le cadre moralisateur se divise en deux sous-cadres : responsabiliser la femme et le débat sur l'avortement. Au fur et à mesure que l'épidémie avance dans le temps, la presse met de plus en plus l'accent sur le rôle que les citoyens peuvent jouer dans la lutte contre le virus Zika. Cela se traduit par la tentative de responsabiliser les citoyens et la relance du débat sur l'avortement. Dans le cadre moralisateur, la presse a recours à un discours injonctif par l'utilisation de fonctions impressives ou conatives comme l'emploi de l'impératif et le recours aux verbes modaux comme devoir, falloir, etc. Les prochaines lignes expliquent en détail le recours à ces modes et l'interprétation que nous pouvons en tirer.

4.3.1 Responsabiliser les femmes

Comme nous avons vu dans le cadre émotionnel, afin de rassurer les Québécois en général et les femmes en particulier, la presse souligne clairement que tous les cas de Zika ont contracté la maladie lors d'un voyage à l'extérieur du Québec. Par ce fait, la presse présente le Zika comme une maladie évitable si chacun adhère aux précautions suggérées par l'OMS et les ministères de la Santé.

Si aucune institution (OMS, ministère de la Santé, représentants gouvernementaux) ne suggère ouvertement aux Québécois d'éviter de voyager vers les pays qui sont touchés par le Zika, ces organismes recommandent néanmoins aux femmes enceintes d'y penser à deux reprises. « La ministre de la Santé a fortement recommandé aux femmes enceintes de différer leur voyage en Martinique » (A1, 28 janvier 2016).

Effectivement, les messages sont très souvent destinés aux femmes : « mesdames, attendez donc 18 mois avant de tomber enceinte » (A15, 28 janvier 2016), « les jeunes femmes célibataires, vulnérables et pauvres, les plus touchées par le virus Zika » (A32, 1er mai 2017). C'est à la femme de faire attention en se protégeant bien si elle voyage dans un pays où il y a le Zika si elle ne veut pas courir le risque de mettre au monde un bébé qui souffre de microcéphalie.

Même lorsque le message est adressé aux hommes, la presse demande aux hommes dont les femmes veulent tomber enceintes d'utiliser une méthode de contraception afin d'éviter une grossesse désirée par leur partenaire : « Toutefois, un homme ayant voyagé dans une zone affectée devrait éviter les relations non protégées avec sa femme enceinte ou qui a l'intention de le devenir » (A25, 16 février 2016). Bien que le message de protection soit destiné aux hommes, il sous-entend que c'est la femme qui veut tomber enceinte.

La responsabilité de se protéger en période d'épidémie n'est-elle pas une responsabilité collective qui concerne aussi bien les hommes que les femmes? Se soumettre aux recommandations des institutions de santé doit être d'importance égale chez tous les citoyens. Or, le message de prévention et du contrôle de l'épidémie responsabilise essentiellement les femmes comme nous avons vu avec les messages adressés aux femmes. D'après ce qui est expliqué dans ce sous-cadre, la presse place la responsabilité de protéger un fœtus du Zika sur les épaules des femmes. Pourtant la transmission de la maladie se fait également par voie sexuelle ce qui implique un rôle égal de devoir de protection des futurs bébés chez l'homme. Le sous-cadre de la

responsabilisation de la femme révèle une vision sociétale où le souhait de procréer et le devoir de protéger sa famille concernent plus les femmes que les hommes.

4.3.2 Avortement

Nous rencontrons ce sous-cadre surtout dans la phase B de l'épidémie, c'est-à-dire quand l'OMS déclare que les malformations congénitales causées par le virus Zika constituent une urgence de santé internationale.

La presse souligne que le Zika met en lumière les affrontements des différents discours sur l'avortement. Il est à noter que le Brésil est l'un des pays les plus touchés par l'épidémie, où l'avortement est interdit par la loi sauf dans de rares cas de viol. Il est donc normal que la crise Zika relance le débat sur l'avortement surtout que la loi ne juge pas les microcéphalies comme une raison acceptable pour un avortement légal.

L'avortement est interdit au pays, sauf en cas de viol, de danger pour la vie de la mère ou d'anencéphalie. [Jacqueline Pitanguy, fondatrice de l'organisation brésilienne de défense des droits des femmes souligne] « dans ce pays, il y a une profonde inégalité à l'égard de l'avortement, facilement accessible aux riches, mais pas aux autres. La crise du Zika risque de provoquer une hausse des avortements illégaux et ce seront les plus démunies qui en souffriront. (A24, 31 janvier 2016).

Nous comprenons de cet extrait que l'interdiction de l'avortement révèle alors une inégalité des classes sociales où les riches, contrairement aux pauvres, ont accès à l'avortement en cas de microcéphalie. L'émergence de Zika ne fait qu'augmenter les cas d'avortements clandestins. Dans certaines publications moralisatrices, les activistes et les associations pour les droits de la femme qui condamnent le durcissement de la loi sur l'avortement sont présentés comme des arrivistes qui profitent d'une crise sanitaire pour

forcer le gouvernement à alléger la loi et les procédures de l'avortement. Il résulte de ce débat que non seulement le gouvernement brésilien rend plus difficile l'accès à l'avortement aux femmes enceintes porteuses du virus Zika, avec ou sans confirmation de microcéphalie, mais il discrédite les associations qui soutiennent le droit à l'avortement.

Dans le même ordre d'idées, la religion catholique représentée par le pape confirme l'interdiction de l'avortement en établissant une différence morale et éthique entre la contraception et l'avortement « l'avortement n'est pas un moindre mal, c'est un crime » (A26, 19 février 2016). La position du pape rappelle un précédent où un ancien pape avait autorisé la contraception pour des sœurs en mission humanitaire dans une zone à haut risque de viol (A26, 19 février 2016). En présentant les choses ainsi, nous pensons que certaines publications de la presse, dans une perspective moralisatrice, montrent encore une fois que la responsabilité des microcéphalies est une affaire de femmes; c'est à la femme de s'assurer de ne pas tomber enceinte pour ne pas se retrouver dans une situation où elle doit enlever une vie.

4.4 Cadre institutionnel

Nous entendons par cadre institutionnel l'ensemble des informations sélectionnées afin de discourir sur les actions du gouvernement, des églises ou des organisations onusiennes. Le cadre institutionnel médiatique de l'épidémie Zika se compose de deux sous-cadres : les gouvernements et l'OMS.

4.4.1 Les gouvernements

Comme nous avons vu dans les cadres informationnel et émotionnel, la presse souligne que les gouvernements nord-américains soutiennent la recherche et prennent les mesures nécessaires contre la transmission par le sang. Ainsi, ces gouvernements sont identifiés comme des acteurs compétents disposant des outils nécessaires pour lutter contre le virus Zika.

Contrairement à l'image des gouvernements canadiens compétents, la presse cadre les gouvernements sud-américains comme des autorités incompetentes et incapables de freiner la propagation de la maladie comme le montre des phases-chocs telles que : « Le Brésil en voie de perdre la guerre contre le virus Zika » (A27, 27 janvier 2016), ou encore « Le gouvernement colombien prévoit plus de 600 000 personnes infectées par le virus cette année et quelque 500 cas de microcéphalie » (A28, 31 janvier 2016). Cette incompetente dans la gestion de la crise est justifiée par deux prémisses : l'incapacité des autorités locale à faire face à la propagation du moustique et la discordance entre le message des autorités et la réalité des pays.

4.4.1.1 L'incapacité des gouvernements locaux

La crise de Zika a mis en évidence le manque d'infrastructures essentielles dans certains pays comme le Vénézuéla. L'accès difficile, parfois impossible, à l'eau potable pousse les habitants à en stocker chez eux ce qui constitue une niche pour maintenir la présence du moustique porteur du virus Zika. « Yurman Tores fait la queue pour remplir un bidon d'eau, une ressource devenue rare au Vénézuéla, obligeant les habitants à en

stocker chez eux, ce qui pourrait accélérer la propagation du virus Zika » (A23, 13 janvier 2017). Que ce soit par le manque de solution ou par le rationnement qu'il impose sur l'eau, la presse met en évidence l'incompétence du gouvernement des sociétés directement touchées par le virus Zika. Dans un contexte comme celui du Québec, où l'eau est abondante, le problème peut avoir une plus grande résonance, car pour le lecteur québécois, avoir accès à l'eau potable est un droit qui ne se discute même pas. Par conséquent, l'incompétence des gouvernements des sociétés directement touchées par le virus Zika est amplifiée dans l'esprit des lecteurs canadiens francophones.

Dans d'autres pays comme le Brésil, l'accumulation des sacs de plastique constitue un foyer qui protège les œufs de moustique ce qui aide à la prolifération de ce dernier. Cette image assoit également l'idée d'un gouvernement incapable de gérer ses déchets, surtout que ces déchets maintiennent le cycle de vie d'un vecteur pour une maladie grave avec des conséquences lourdes sur la santé des nouveau-nés. Le lecteur québécois vit dans un contexte où le recyclage revêt une importance primordiale; le discours sur les sacs de plastique qui couvrent les rues ne le laisse pas indifférent. Sans penser à la lutte contre la maladie, seulement le manquement à la gestion des déchets plastiques est suffisant pour cadrer le gouvernement brésilien d'incompétent.

Au problème d'accès à l'eau potable se rajoute la problématique de la gestion des eaux usées. Le système d'égout défaillant permet de maintenir une charge virale élevée dans la nature. Au Brésil, par exemple, les eaux usées sont directement déversées dans les cours d'eau naturels ou dans l'océan. Cette réalité est vite reconnue par un membre du gouvernement.

M. Kassab [ministre au Brésil] a reconnu que l'éclosion du virus était fortement liée à l'absence de services sanitaires. Trata Brasil, une organisation de défense de l'accès aux équipements sanitaires, établie à Sao Paulo, a affirmé que 35 millions de Brésiliens, ou environ 18 % de la population n'avaient pas un accès régulier à l'eau du robinet. Le groupe estime que plus de 60 % des eaux usées du pays s'écoulent sans être traitées dans les voies navigables et dans les eaux des populaires plages du pays (A29, 11 février 2016).

Tous ces facteurs rendent la lutte contre le moustique très difficile et assoient l'idée d'un gouvernement qui ne cherche pas des solutions aux problèmes de base. Les pulvérisations massives, qui ne sont pas des solutions à long terme, perturbent la biosphère, tuent les abeilles et provoquent chez les citoyens plus de problèmes que de solutions. Il y a même eu un souhait de retour au DDT, un pesticide cancérigène aboli depuis longtemps, ce qui montre la détresse liée à la prolifération du moustique vecteur du Zika.

4.4.1.2 La discordance entre le message gouvernemental et la réalité sociale

Les messages des gouvernements ne suivent pas la réalité des pays. Au moment où les gouvernements recommandent aux citoyens d'avoir recours au chasse-moustiques, ce dernier devient inaccessible (pas assez disponible et cher). Également, l'accès au dépistage du virus Zika chez les femmes enceintes est recommandé dans les pays où la maladie sévit, mais les infrastructures sanitaires ne suivent pas le message, l'accès au dépistage n'est pas si facile et lorsqu'il se révèle positif, il y a peu ou pas d'accompagnement pour ces femmes. Dans le même ordre d'idées, le gouvernement conseille aux femmes d'éviter toute grossesse alors que la contraception d'urgence (qui

permet d'éviter une grossesse en cas de viol ou d'oubli de contraception) est interdite par la loi.

En pleine épidémie, le fait que l'avortement et le contraceptif d'urgence restent interdits dans beaucoup de pays latino-américains n'a pas empêché certains d'entre eux -- Salvador, Colombie, et Équateur, notamment -- de conseiller aux femmes d'éviter toute grossesse. « Comment peuvent-ils demander à ces femmes de ne pas tomber enceintes, mais ne pas leur offrir la possibilité d'empêcher la grossesse? » a critiqué vendredi la porte-parole du Haut-Commissariat aux droits de l'Homme, Cécile Pouilly (A20, 6 septembre 2016).

Finalement, les gouvernements donnent des évaluations qui sous-estiment la gravité de la situation. En effet, « Il estime que les chiffres officiels sont largement inférieurs à la réalité, évaluant à au moins 250000 le nombre de cas de Zika enregistrés au Vénézuéla » (A30, 31 janvier 2016). Ce n'est que lorsque le tourisme risque d'être touché par le « mystère entourant Zika » que le gouvernement brésilien a déclaré l'état de crise essayant de sauver les apparences en dépit du danger encouru par la population. « Le pays n'a déclaré l'état d'urgence qu'après la propagation du virus hors de ses frontières, lorsque la crise a commencé à faire peser un risque sur le tourisme » (A24, 31 janvier 2016). La communication du gouvernement brésilien est donc qualifiée d'« erratique » (A24, 31 janvier 2016) et non transparente.

4.4.2 L'OMS

Les écrits sur une possible perturbation des Jeux olympiques sont plus fréquents lors de la phase B de l'épidémie. Cela peut s'expliquer, d'une part, par le fait que la deuxième phase de la maladie coïncide avec l'approche de la tenue des Jeux olympiques et, d'autre

part, par la déclaration de l'OMS d'une urgence internationale, surtout que l'agence onusienne recommande aux femmes de ne pas tomber enceintes avant 18 mois après avoir visité un pays touché par le Zika.

De ce fait, les questionnements sur les effets du virus Zika sur la santé des athlètes sont de plus en plus fréquents. Ces questionnements ont poussé des chercheurs et experts du monde entier à demander l'annulation ou le report des Jeux olympiques sous l'argument qu'on faisait courir un risque inutile aux athlètes. Les experts avancent leurs arguments en s'appuyant sur un précédent créé lors de l'épidémie d'Ebola. En effet, le Maroc avait annulé la Coupe d'Afrique des nations en 2015 de peur de faire encourir un risque inutile à la population. Mais l'OMS n'est pas de cet avis. Selon l'agence onusienne, le virus Zika est sans danger pour les athlètes. Ici, on présente la divergence de points de vue entre l'OMS et des experts. On rappelle l'action trop tardive de l'OMS face à Ebola, ce qui montre que la prudence de l'OMS n'est pas toujours au rendez-vous :

Dans le cas de la crise d'Ebola, Médecins sans frontières, qui avait combattu l'épidémie en première ligne pendant des mois, est devenu le plus virulent critique de la lenteur de l'OMS à agir, sa lenteur à admettre que cette crise d'Ebola était de loin plus grave que les précédentes, puis sa lenteur à déployer des ressources sur le terrain (A31, 6 février 2016).

La lenteur des réactions de l'OMS n'est pas la seule critique faite à l'agence onusienne. Afin de discréditer sa position face à celle des scientifiques, l'OMS est accusée de conflit d'intérêts en raison de sa collaboration avec le Comité international olympique.

Citant la rapidité avec laquelle l'OMS balaie du revers de la main les risques potentiels, les signataires [de la charte d'annulation des Jeux olympiques] prétendent que l'OMS ne peut maintenir sa neutralité lorsqu'elle doit faire des recommandations de voyage pour le CIO tout en étant responsable de lancer des alertes de santé publique. Ils

mentionnent aussi l'existence d'un protocole de collaboration entre l'OMS et le Comité international olympique, dont les tenants et aboutissants n'auraient jamais été rendus publics (A4, 1^{er} juin 2016).

En rapportant le conflit entre l'OMS et les scientifiques, la presse prend indirectement position en faveur des experts surtout lorsque les arguments de la pétition sont qualifiés de « plutôt convaincants ». De cette manière, la presse dirige l'opinion du lecteur.

Au terme de notre analyse des cadres, nous retenons que l'information sur le Zika est incertaine et qu'elle doit être divulguée rapidement, que l'épidémie de Zika est présentée comme une épidémie qui concerne les autres (le Brésil, le Vénézuéla, le Salvador) et que la prolifération du virus Zika est expliquée par le manque de compétence des pays touchés et par le comportement non sécuritaire des femmes en âge de procréer.

Chapitre 5 - Discussion

Nous nous sommes donnée comme objectif général de recherche de comprendre le cadrage de presse canadienne francophone de l'épidémie de Zika de 2016. Rappelons que pour étudier et comprendre cette situation communicationnelle d'exception, nous avons procédé à une analyse thématique de 45 articles provenant de la presse canadienne francophone imprimée et en ligne et publiés entre le 1^{er} octobre 2015 et le 1^{er} mai 2017. Nous avons relevé, quatre cadres qui dominaient le discours médiatique, à savoir le cadre informationnel, le cadre émotionnel, le cadre institutionnel et le cadre moralisateur. Ainsi, en étudiant sous un angle critique et analytique ses cadres, nous pouvons affirmer que l'épidémie de Zika est présentée comme une épidémie où l'information est changeante et difficile d'accès. C'est une épidémie qui concerne les autres pays, le Canada et le Québec ne doivent par conséquent pas s'inquiéter. De plus, c'est une épidémie qui touche plus les femmes que les hommes et qui met la lumière sur les discordances des différents discours institutionnels (OMS, ministères de la Santé, la communauté scientifique, etc.).

Notre analyse qualitative et thématique permet de comprendre que la couverture de la presse canadienne francophone de l'épidémie de Zika de 2016 est basée sur un cadrage en mouvement. Nous avons compris que le cadrage de Zika est passé d'un cadrage thématique à un cadrage épisodique. Parallèlement à ce cadrage changeant, les informations sont diffusées dans un esprit de rapidité et de course à la primeur tout en accordant une grande importance aux données quantitatives. Nous détaillons dans les deux prochaines sections cette construction sociomédiatique de l'épidémie de Zika de 2016.

5.1 Zika : entre cadrage thématique et cadrage épisodique

Le cadre émotionnel par son approche affective permet de partager des valeurs et des histoires vécues comportant la peur, l'empathie, la crainte et l'insécurité. Il devient alors facile au récepteur de s'identifier aux protagonistes des histoires racontées. Un parent peut ainsi facilement s'identifier aux parents dont le nouveau-né est atteint de microcéphalie. De cette manière, le lecteur devient plus réceptif aux informations véhiculées dans le cadre informationnel, car non seulement ces informations sont moins abstraites, mais les histoires vécues démontrent qu'il s'agit d'événements contemporains, qui arrivent à des pairs. Les témoignages des parents et des chercheurs québécois donnent à l'information un socle physique, véridique et vérifiable. Nous en concluons que l'aspect conatif du cadre émotionnel aide à renforcer l'aspect cognitif du cadre informationnel.

En outre, en s'inspirant des théories du cadrage et de l'*agenda-setting*, nous comprenons mieux l'évolution des cadres à travers les trois phases de l'épidémie. Ainsi, la relation de dépendance mutuelle que le public entretient avec les médias est d'autant plus grande lorsque les besoins du public sont plus importants ou qu'ils touchent à des sphères sensibles comme la santé et la sécurité (cadre émotionnel) et, en conséquence, le public se tourne vers les médias en quête d'information (cadre informationnel) pour comprendre son environnement et prendre ainsi des décisions en cohérence avec ce dernier (Ball-Rokeach et Fleur, 1979).

Contrairement aux cadres informationnel et émotionnel, les cadres institutionnel et moral se permutent la place en termes de fréquence. Ceci peut être expliqué par le fait qu'il s'agit d'une période charnière de l'épidémie où l'heure est à la nouveauté, la compréhension de la maladie et l'élucidation des mystères de la microcéphalie. Par ailleurs, en lien avec les cadres institutionnel et moralisateur, lorsque l'OMS déclare l'urgence sanitaire et que le lien causal est établi sans le moindre doute entre les microcéphalies et le Zika, les cadres institutionnel et moralisateur se révèlent avec évidence. Dans cette perspective, l'identification des causes de la maladie est nécessaire et même sécurisante. Ces causes de la maladie sont liées au temps (la saison d'été qui favorise la prolifération du moustique), à l'espace (l'eau stagnante qui constitue une niche pour le moustique), à l'économie (le manque d'argent pour acheter des insecticides) et aux valeurs (la critique de l'avortement même en cas de microcéphalie).

À la phase B, celle de la déclaration de l'urgence sanitaire internationale, alors que le virus Zika a atteint 17 pays et que la causalité entre le virus et les microcéphalies est confirmée, le cadrage est thématique où les événements sont placés dans un contexte socioéconomique. L'épidémie est expliquée par l'incapacité du système à faire face à la propagation de la maladie, par la précarité des conditions socioéconomiques et par le manque des moyens de lutte contre le moustique. Dans une vision diamétralement opposée, l'absence de l'épidémie au Canada est expliquée par le climat qui n'est pas propice au développement du moustique vecteur, par l'engagement du pays dans la lutte et par l'excellence des moyens de surveillance sentinelle.

Dans la phase de la fin de l'épidémie, comme il est établi qu'il n'existe ni vaccin ni médicament, la protection devient un comportement obligatoire. À ce stade, le cadrage devient épisodique (Iyengar, 1994). La maladie est expliquée par des faits et des événements séquentiels, la causalité est essentiellement expliquée, non pas par l'environnement des malades, mais plutôt par leurs comportements : mode de vie, manque de prudence, etc. Concrètement, à la fin de l'épidémie, le message médiatique est construit en se basant sur une logique de blâmer les victimes : si on a contracté le virus Zika ou qu'un fœtus risque d'avoir une microcéphalie, c'est qu'on n'a pas suivi les recommandations émises par les différents ministères de la Santé et l'OMS. En outre, la lutte pour le droit à l'avortement dans les pays touchés par la maladie est présentée comme un désir insensé étant donné que l'adoption des mesures de préventions permet d'obvier à cet acte « frère du meurtre » comme a dit le pape (A26, 19 février 2016).

En lien avec ce qui précède, nous comprenons qu'à la fin de l'épidémie, le cadrage est devenu épisodique où la dimension moralisatrice est significative. Concrètement, le passage vers le cadrage épisodique a fait surgir une nouvelle explication de l'épidémie et des microcéphalies, à savoir, le comportement des femmes. En effet, les recommandations en matière de prévention contre les microcéphalies sont souvent destinées aux femmes en général et à celles en âge de procréer en particulier. Nous pensons que cette approche surestime le rôle de la femme dans le processus de la transmission du virus Zika parce que, même s'il est vrai que la microcéphalie chez le fœtus est causée par la transmission du virus Zika par la mère, il est vrai aussi que cette dernière peut contracter le virus de son conjoint porteur.

Ce qui serait plus logique, c'est que les messages liés aux microcéphalies soient destinés aux hommes comme aux femmes parce que les deux peuvent transmettre le virus au fœtus, la mère par voie directe (transmission transplacentaire) et le père par voie indirecte (en contaminant la maman par voie sexuelle). Or, en choisissant d'adresser les messages majoritairement aux femmes, la presse rappelle le modèle d'une société masculine. Dans cette perception sociale restreinte, la grossesse est considérée comme une affaire de femme. Dans ce contexte, c'est à la femme de prendre les mesures qu'il faut pour éviter que son fœtus naisse avec une microcéphalie.

Ce changement de causalité de l'épidémie entre des causes extrinsèques (contexte socioéconomique) que nous retrouvons dans le cadrage thématique et des causes intrinsèques (humaines et comportementales) que nous retrouvons dans le cadrage épisodique nous rappelle les résultats de l'étude faite sur Ebola par Gerlach en 2016. En effet, dans cette étude, le chercheur souligne qu'au début de l'épidémie, on se concentrait sur le comportement archaïque et le mode de vie des habitants des villages touchés par Ebola (cadrage épisodique). Mais plus l'épidémie avançait, plus on s'intéressait à l'insalubrité des infrastructures et l'incompétence des gouvernements africains (cadrage thématique).

Il est intéressant de constater que, dans l'étude de Gerlach (2006) sur l'Ebola, le cadrage était d'abord épisodique ensuite thématique alors que, dans notre cas, le cadrage est thématique puis épisodique. Nous pensons que cette différence s'explique par la nature de l'épidémie. Dans le cas de l'Ebola, il y avait moins de nouveauté (le virus ainsi que ces effets sur la santé étaient connus). Alors que pour Zika, il y avait deux éléments nouveaux

concernant l'épidémie : la largeur du territoire touché par le Zika (86 pays)¹⁷ et les microcéphalies désormais liées au virus Zika. Nous pensons que ces nouveaux éléments ont orienté la couverture médiatique : les médias tentaient d'informer le public et de s'inscrire dans une course de primeur.

5.2 Zika : entre la primeur et les données quantitatives

L'évolution de l'information, qu'elle soit scientifique ou médicale, suit celle de l'épidémie. Ce qui est vrai aujourd'hui ne le sera peut-être plus demain. L'évolution de l'épidémie de Zika nous offre plusieurs exemples de cette réalité. Au début, il était confirmé que le virus ne se transmet pas par voie sexuelle. Rapidement, cette information n'était plus valide puisque les études ont démontré que non seulement la transmission peut se faire par voie sexuelle, mais que le virus reste présent dans le sperme plusieurs mois après la contamination (A40, 18 novembre 2016). Ce changement de l'information met les journalistes devant le défi d'une couverture continuelle certes, mais qui respecte le caractère constamment mutable de l'information.

Ces défis délimitent de façon considérable le temps alloué à la vérification des informations avant leur publication. Comme conséquence directe à cette course médiatique face à une réalité épidémique changeante, nous nous retrouvons devant une information blanchie qui ne va plus être valable dans quelques jours ou quelques semaines. Nous avons rencontré ce cas de figure dans les articles où la presse traite des vaccins

¹⁷ <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/zoonoses/zika/>, consulté le 26 septembre 2019

contre le Zika. Le manque de vérification de l'information sur la présence de vaccins ou sur l'avancement des recherches peut donner de faux espoirs au public. Rappelons simplement qu'afin d'assurer la sécurité du public, la vérification des médicaments et des vaccins est un long processus qui exige quatre phases¹⁸. La divulgation de résultats qui ne sont pas vérifiés pourrait alimenter la méfiance du public envers les institutions de santé. Lorsque le journal affirme qu'il y a un vaccin alors que l'OMS affirme le contraire, une situation de confusion émerge.

De manière générale, dans les trois phases de l'épidémie (l'émergence de l'épidémie, l'urgence sanitaire internationale et la fin de l'épidémie), les données quantitatives semblent être le nerf de la guerre dans la couverture médiatique. La forte présence des données quantitatives dans les articles analysés nous mène à penser que l'information est plus convaincante lorsqu'elle est appuyée par des chiffres. Un chiffre en tant que tel peut ne pas avoir de signification particulière, mais lorsqu'il est placé dans un contexte temporel (lors d'une épidémie) et géographique (un pays touché par cette épidémie), il devient un indice d'un phénomène, d'une situation ou d'un danger. La quête de la légitimité pousse la presse à utiliser des chiffres même au détriment de l'unicité de l'information. Par exemple, dans deux articles parus le 28 janvier 2016, sur *Ici Radio Canada* et l'autre dans *Le Soleil*, le nombre de cas de microcéphalies n'est pas le même; 4000 cas dans le premier contre 4180 dans le deuxième. Dans le même ordre d'idées, nous

¹⁸ Selon le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, ses phases sont : fabrication de différents candidats de vaccins (études précliniques), études cliniques chez les humains, homologation par un organisme régulateur, production du vaccin à des fins commerciales.

trouvons que l'épidémie touche 17 pays selon *L'Actualité* du 21 janvier 2016 alors qu'elle en touche 23 selon *Le Soleil* du 31 janvier 2016.

Afin de rassurer le citoyen et de le convaincre de la fiabilité et de l'exactitude des informations diffusées dans les articles analysés, nous trouvons que les journalistes se réfèrent généralement aux propos et aux déclarations de l'OMS, des scientifiques et des ministères de la Santé. En se basant constamment sur ces références, les médias se retrouvent plus dans une logique d'information et moins dans une approche d'explication, d'interprétation et d'opinion. Il s'agit dans ce cas d'une couverture informative et calquée sur les discours officiels et gouvernementaux. Cette couverture, que nous pouvons juger à la limite simpliste, n'offre pas une vision englobante et construite de l'épidémie. En somme, la presse joue le rôle d'une courroie de transmission (reléguer un message) au lieu d'être un émetteur-relai (Renaud, 2010) qui intègre et résume les différents discours en lien avec l'épidémie de Zika.

La couverture de la presse canadienne francophone de l'épidémie de Zika de 2016 est caractérisée par la dominance des cadres informationnel et émotionnel le long des trois phases de l'épidémie (émergence de l'épidémie, urgence sanitaire internationale, fin de l'épidémie). Le changement dans la fréquence des cadres institutionnel et moralisateur permet d'expliquer le passage d'un cadrage thématique à un cadrage épisodique au fur et à mesure que l'épidémie évolue. Nous avons relevé également que la couverture de l'épidémie de Zika est teintée par la rapidité de la diffusion de l'information quantitative même au détriment de l'intégrité de celle-ci.

Conclusion

Dans cette conclusion, nous faisons quelques rappels nécessaires et nous décrivons des limites de notre recherche.

1. Rappels nécessaires

Au terme de notre analyse qualitative, nous avons relevé quatre cadres qui dominaient la couverture médiatique de l'épidémie de Zika de 2016 : le cadre informationnel, le cadre émotionnel, le cadre moralisateur et le cadre institutionnel.

Ce que nous pouvons retenir de cette exploration du cadrage, c'est que la presse n'est pas toujours l'alliée de la lutte contre l'épidémie. La manière de présenter les événements, la façon de cadrer les affirmations des experts, le recours à l'autorité et aux données quantitatives font en sorte que l'information transmise ne reflète pas toujours la réalité sociale et celle des chercheurs. La mouvance entre cadrage thématique et cadrage épisodique contribuerait, à notre avis, à reprendre ou à réanimer les stéréotypes sur les pays en voie de développement et les stéréotypes sur les femmes.

Nous n'avons pas la prétention dans la présente étude de juger de la justesse de l'information ou des cadres utilisés pour la couverture de l'épidémie de Zika. Notre exploration nous a permis néanmoins de souligner les défis de la médiatisation des épidémies dans la mesure où l'accès à l'information est difficile et que cette dernière change continuellement.

2. Limites de la recherche et perspective futures

Nous tenons à souligner que notre recherche comporte certaines limites que nous devons reconnaître. La première limite est liée à notre choix méthodologique. Nous n'avons pas pris en considération le genre journalistique dans l'analyse du contenu. Nous avons abordé tous les articles de la même manière que ce soit des articles d'entrevue, des chroniques, des lettres d'opinion ou des communiqués de presse, etc. Alors que dans une chronique, le journaliste présente son point de vue, on s'attend à l'objectivité du journaliste dans un article de reportage ou une nouvelle. En effet, le genre journalistique dicte le degré de subjectivité du traitement de l'information ce qui pourrait être pertinent pour notre étude surtout que nous nous intéressons à la subjectivité de l'information liée à l'épidémie. La deuxième limite est liée à notre choix d'analyser seulement les textes et de ne pas prendre en considération les photos ou caricatures qui accompagnent les articles. Ces éléments visuels pourraient apporter plus de profondeur à notre analyse du cadre informationnel. Rappelons l'affiche du cycle du virus Ebola (figure 2) qui montre un cas de flou informationnel en période d'épidémie. La troisième limite est liée à notre choix de considérer uniquement la presse francophone en raison du temps imposé par le cadre institutionnel de ce mémoire. Il serait intéressant de faire une étude sur la manière dont la presse anglophone cadre l'épidémie de Zika surtout que la population anglophone excède celle de la population francophone au Canada. Cela permettrait de voir comment la langue d'expression influencerait le cadrage médiatique au sein du même pays. La quatrième limite de notre recherche est que nous n'avons pas fait d'entretien avec des citoyens afin de confronter les cadres que nous avons relevés dans notre analyse.

Comme perspective de recherche, l'exploration du cadrage de l'épidémie de Zika dans un des pays les plus touchés et la comparaison avec nos résultats permettraient de mieux comprendre l'influence du contexte socioéconomique sur la médiatisation de l'épidémie. La compréhension du cadrage permettrait aussi, en poussant la recherche plus loin, d'analyser la couverture médiatique sous la lumière des théories de la communication de crise pour déterminer le positionnement des médias dans la lutte contre les épidémies, sont-ils des ailiers de la lutte ? Causent-ils une surinformation durant la lutte ? Amplifient-ils la crise ?

Une étude sur les effets du cadrage sur le changement du comportement des citoyens constitue également une piste intéressante pour de futures recherches. Ce genre d'études se révèle de plus en plus important dans la compréhension du contexte socioculturel dans lequel les épidémies du 21^e siècle apparaissent et évoluent. La pandémie de la Covid-19 qui sévit actuellement nous le démontre. La compréhension du cadrage des épidémies pourrait apporter des éléments de réponse sur le rôle que les médias peuvent jouer dans la lutte contre les épidémies et comment jouer ce rôle.

Liste des références

- Adam, P. et Herzlich, C. (1994). *Sociologie de la santé et de la médecine*. Paris, France : Nathan.
- Allard-Poesi, F. (2003). Coder les données. Dans Giordano, Y. (dir.), *Conduire un projet de recherche: Une perspective qualitative*. (p. 245-290). Caen, France : EMS.
- Balavoine, M. (2016 mise à jour 2017), 10 avril. Troubles autistique, aucune preuve ne permet de lier autisme et vaccin. *Le matin*, <https://www.lematin.ch/matindimanche/preuve-scientifique-permet-lier-autisme-vaccin/story/25905036>
- Bakhtine, M. (1978). *Esthétique de la théorie du roman*. Paris, France : Gallimard, ouvrage original publié en russe sous le titre *Estetika slovesnogo tvortchestva*, Russie.
- Benrahal, Z. et Matuszak, C. (2009). Revisiting Habermas's Model of the Public Sphere. *Études de communication*, 2009(1), 33-49.
- Borah, P. (2011). Conceptual issues in framing theory : A systematic examination of a decade's literature. *Journal of Communication*, 61(2), 246-263.
- Bourdieu, P. (1971). Reproduction culturelle et reproduction sociale. *Social Science Information*, 10(2), 45-79.
- Carrière, C., Courdurié, M., & Rebuffat, F. (2008). Marseille ville morte: la peste de 1720. France : Autres temps.
- Delforce, B. et Noyer, J. (1999). Pour une approche interdisciplinaire des phénomènes de médiatisation : constructivisme et discursivité sociale. *Études de communication. langages, information, médiations*, 1999(22), 13-40.
- Derèze, G. (2009). *Méthodes empiriques de recherche en communication*. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.

- Derville, G. (2013), *Le pouvoir des médias* (éd. 4) Grenoble, France : Presses universitaires de Grenoble.
- Dufresne, J., Dumont, F., et Martin, Y. (1985). *Traité d'anthropologie médicale : L'institution de la santé et de la maladie* (Vol. 1). Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Duret, P., Cubizolles, S. et Thiannbo, M. (2013). La crise sanitaire du chikungunya : une épreuve de recomposition des rapports sociaux à La Réunion. *Sociologie*, 4(3).
- El Ouardighi, S. (2014, mise à jour 30 novembre), CAN-2015. Ouzzine : “Le Maroc ne changera pas sa position“. Récupéré de <https://www.medias24.com/SOCIETE/150415-CAN-2015.-Ouzzine-Le-Maroc-ne-changera-pas-sa-position.html>
- Entman, R. M. (1993). Framing : Toward clarification of a fractured paradigm. *Journal of communication*, 43(4), 51-58.
- Flaysakier, J. D. (1997). Santé publique et responsabilité des médias. Hermès, La Revue, 1997(1), 135-143.
- Gerlach, N. A. (2016). From Outbreak to Pandemic Narrative : Reading Newspaper Coverage of the 2014 Ebola Epidemic. *Canadian Journal of Communication*, 41(4), 611-630.
- Ghadi, V. et Naiditch, M. (2006). Comment construire la légitimité de la participation des usagers à des problématiques de santé? *Santé publique*, 18(2), 171-186.
- Glaser, B. G. et Strauss, A. L. (1967). The discovery of grounded theory : Strategies for qualitative research. Chicago, IL : Aldine.
- Godlee, F., Smith, J. et Marcovitch, H. (2011, 15 mars). Wakefield’s article linking MMR vaccine and autism was fraudulent. *British Medical Journal*.
<https://doi.org/10.1136/bmj.d1678>
- Gombrich, E. H., Combe, J., et Lauriol, C. (1997). *Histoire de l'art*. Paris, France : Gallimard.

- Goffman, E. (1974). *Frame analysis : An essay on the organization of experience*. Boston, MA : Harvard University Press.
- Savoie-Zajc, L. (2000). La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques. *Canadian Journal of Criminology*, 42(4), 522-522.
- Guillemette, F. et Luckerhoff, J. (2009). L'induction en méthodologie de la théorisation enracinée (MTE). *Recherches qualitatives*, 28(2), 4-21.
- Guillemette, F. (2006). L'approche de la Grounded Theory, pour innover? *Recherches qualitatives*, 26(1), 32-50.
- Hassenteufel, P. (2010). Les processus de mise sur agenda: sélection et construction des problèmes publics. *Informations sociales*, 2010(1), 50-58.
- Hepp, A., Hjarvard, S. et Lundby, K. (2015). Mediatization: theorizing the interplay between media, culture and society. *Media, Culture & Society*, 37(2), 314-324.
- Hjarvard, S. (2008). The mediatization of religion : A theory of the media as agents of religious change. *Northern Lights: Film & Media Studies Yearbook*, 6(1), 9-26.
- Hotier, H. (1993). La communication modélisée : Une introduction aux concepts, aux modèles et aux théories. Willett, G. (dir.), Éditions du renouveau pédagogique Ottawa. *Communication et organisation*, 4. Récupéré de <http://journals.openedition.org/communicationorganisation/1687>
- Ichou, M. (2009). *La télé-santé vous ment*. Saint-Amand-Montrond, France : Jacob-Duvernet. p. 53-69.
- Iyengar, S. (1994). *Is anyone responsible? : How television frames political issues*. Chicago, IL : University of Chicago Press.
- Kahneman, D. et Tversky, A. (1979). Prospect theory Analysis of decision under risk. *Econometrica*, 47, 263-291.

- Kahneman, D. et Tversky, A. (1984). Choices, values, and frames. *American Psychologist*, 39, 341-350.
- Khouiyi, A. (2016). À corps nu. *Zone Campus*, 12(3), 11.
- Kiousis, S., Mitrook, M., Wu, X. et Seltzer, T. (2006). First-and second-level agenda-building and agenda-setting effects : Exploring the linkages among candidate news releases, media coverage, and public opinion during the 2002 Florida gubernatorial election. *Journal of Public Relations Research*, 18(3), 265-285.
- Krotz, F. et Hepp, A. (2011). A concretization of mediatization : How ‘mediatization works’ and why mediatized worlds are a helpful concept for empirical mediatization research. *Empedocles: European Journal for the Philosophy of Communication*, 3(2), 137-152.
- Lemariier-Saulnier, C. (2016). Cadrer les définitions du cadrage : une recension multidisciplinaire des approches du cadrage médiatique. *Canadian Journal of Communication*, 41(1), <https://doi.org/10.22230/cjc.2016v41n1a3010>
- Li, X. (2007). Stages of a crisis and media frames and functions : US television coverage of the 9/11 incident during the first 24 hours. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 51(4), 670-687.
- Liebens, F., Aimont, M., Carly, B., Pastijn, A., Swimberg, S., Rozenberg, S. et Degueudre, M. (2005). Internet, presse, médias : nouveaux éléments dans la communication médicale. 27^e Journées de la Société française de sénologie et de pathologie mammaire, Deauville, FRA, 2005-11-16. *Dogmes et doutes*. Récupéré de <http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/9726/?sequence=1>
- Liu, B. F. et Kim, S. (2011). How organizations framed the 2009 H1N1 pandemic via social and traditional media : Implications for US health communicators. *Public Relations Review*, 37(3), 233-244.
- Luckerhoff, J. et Guillemette, F. (dir.). (2012). *Méthodologie de la théorisation enracinée: fondements, procédures et usages*. Québec, Canada : Presses de l’Université du Québec.

- Lundby, K. (2009). *Mediatization : concept, changes, consequences*. New York, NY: auteur.
- Macé, É. (2005). Les faits divers de violence urbaine : effets d'agenda et de cadrage journalistique». *Les cahiers du journalisme*, 2005(14), 188-200.
- Maibach, E. W. et Parrott, R. (1995). *Designing health messages : Approaches from communication theory and public health practice*. London, Royaume-Uni : Sage.
- Mazzoleni, G. et Schulz, W. (1999). Mediatization of politics : A challenge for democracy. *Political communication*, 16(3), 247-261.
- McCombs, C et Shaw, D (1972). The agenda-setting function of mass media. *Public Opinion Quarterly*, 36(2), 176-187.
- McCombs, M., Shaw, D. L. et Weaver, D. (1997). *Communication and democracy : Exploring the Intellectual Frontiers in Agenda Setting Theory*. New York, NY : Routledge.
- McGRATH, J. (1995). 11 The Gatekeeping Process. Dans Maibach, E. W. et Parrott, R. (dir.), *Designing health messages: Approaches from communication theory and public health practice*. London, Royaume-Uni : Sage.
- Moirand, S. (2006). *Les discours de la presse quotidienne. Observer, analyser, comprendre*. Paris : Presses universitaires de France.
- Moreira, S. (2018). *Le vécu des victimes de la pyrrhotite : Une approche communicationnelle* (mémoire de maîtrise en lettres –communication sociale, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, Canada). Récupéré de https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw031?owa_no_site=1707&owa_no_fiche=57&owa_bottin=
- Murbach, R. (1989). Le grand désordre. Le SIDA et les normes. *Anthropologie et sociétés*, 13(1), 77-101.
- Mucchielli, A., Corbalan, J. A. et Ferrandez, V. (2004). *Études des communications : Approche par les processus*. Paris, France : Armand Colin.

- OMS. (2016). Maladie à virus Zika. Récupéré de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/zika/fr/>
- OMS. (2017). Chikungunya. Récupéré de http://www.who.int/csr/don/2006_02_17a/fr/
- Ownby, D. R., Johnson, C. C. et Peterson, E. L. (2002). Exposure to dogs and cats in the first year of life and risk of allergic sensitization at 6 to 7 years of age. *Journal of the American Medical Association*, 288(8), 963-972.
- Paicheler, G. (2004). Les expertises dans le cadre de la communication publique sur le sida en France: recours à la recherche ou appui sur l'expérience. Dans Le Marec, J. et Igor, B. (dir.), *Acte des Sciences, médias et société* (p. 339-350). Lyon, France : École normale supérieure.
- Patriarche, G. (2008). Publics et usagers, convergences et articulations. *Réseaux*, 147(1), 179-216. doi:10.3917/res.147.0179
- Ratzan, S. C. (2010). All health is Local: the H1N1 vaccine. *Journal of Health Communication*, 15(1), <https://doi.org/10.1080/10810730903489343>
- Renaud, L. (dir.). (2010). Les médias et la santé : *De l'émergence à l'appropriation des normes sociales*. Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec. p.14-15.
- Rieffel, R. (2005). *Sociologie des médias*. Paris, France : Ellipse.
- Romeyer, H. (2007). La santé à la télévision: émergence d'une question sociale. *Questions de communication*, 11, 51-70.
- Romeyer, H. (2010). *La santé dans l'espace public*. Rennes, France : Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- Semetko, H. A. et Valkenburg, P. M. (2000). Framing European politics : A content analysis of press and television news. *Journal of communication*, 50(2), 93-109.

- Serghini, Z. B. et Matuszak, C. (2009). Lire ou relire Habermas : lectures croisées du modèle de l'espace public habermassien. *Études de communication, langages, information, médiations*, 32, 33-49.
- Scheufele, D. A. (1999). Framing as a theory of media effects. *Journal of communication*, 49(1), 103-122.
- Scheufele, D. A. et Tewksbury, D. (2007). Framing, agenda setting, and priming : The evolution of three media effects models. *Journal of communication*, 57(1), 9-20.
- Snowden, F. M. (2019). *Epidemics and Society: From the Black Death to the Present*. Yale University Press.
- Sournia, J. C. et Ruffié, J. (1984). *Les épidémies dans l'histoire de l'homme*. Paris, France : Flammarion.
- Strömbäck, J. et Van Aelst, P. (2013). Why political parties adapt to the media : Exploring the fourth dimension of mediatization. *International Communication Gazette*, 75(4), 341-358.
- Akrin, M., Callon, M. et Latour, B. (2006). *Sociologie de la traduction: Textes fondateurs*. Paris. France : École des Mines de Paris.
- Tanner, A. H. (2004). Agenda building, source selection, and health news at local television stations : A nationwide survey of local television health reporters. *Science Communication*, 25(4), 350-363.
- Tortora, G. J., Funke, B. R., Case, C. L. et Johnson, T. R. (2004). *Microbiology: an introduction*. San Francisco, CA : Benjamin Cummings.
- Véron, E. (1995). Médiatisation du politique. *Hermès, La Revue*, 1995(3), 201-214.
- Watin, M. (2010). La médiatisation de l'épidémie de chikungunya à Maurice et à La Réunion (2005-2006). Dans Romeyer, H. (dir.), *La santé dans l'espace public* (p. 133-145). Rennes, France : Presses de l'EHESP.

- Wasike, B. S. (2013). Framing News in 140 Characters : How Social Media Editors Frame the News and Interact with Audiences via Twitter. *Global Media Journal: Canadian Edition*, 6(1), 5-23.
- Weaver, D. et Elliott, S. N. (1985). Who sets the agenda for the media? A study of local agenda-building. *Journalism Quarterly*, 62(1), 87-94.

Annexes

Annexe 1 : Construction du corpus

Nom	Type	Périodicité	Couverture géographique	Provenance	Propriétaire / sociétaires
L'actualité	Presse Web	En continue	Provinciale	Montréal	Mishmash média
Metro	Journal	Quotidien	Régionale	Montréal	Métro Médias
La presse canadienne	Fil de presse	Quotidien	Nationale	Montréal	Gesca Ltée, Québecor Média, Bell Média, Torstar Média Transcontinental...
Le Soleil	Journal	Quotidien	Provincial	Québec	Groupe Capitales Médias
Ici Radio Canada	Presse Web	Quotidien	Nationale	Montréal	Gouvernement du Canada
La Presse	Presse Web	Quotidien	Provinciale	Montréal	Power Corporation du Canada
Le Devoir	Journal	Quotidien	Provinciale	Montréal	Le Devoir inc.
Le Gaboteur	Journal	Bimensuel	Régionale	St.John's, Terre-Neuve et Labrador	Association de la presse francophone
Acadie Nouvelle	Journal	Quotidien	Provincial	Caraquet, Nouveau-Brunswick	Les Éditions de l'Acadie Nouvelle Ltd
Les 2 Rives	Presse Web	Hebdomadaire	Locale	Sorel-Tracy	DBC communication inc.
Le nouvelliste	Journal	Quotidien	Régionale	Trois-Rivières	Power Corporation du Canada
Le Journal de Montréal	Journal	Quotidien	Régionale	Montréal	Québecor Média
TVA nouvelle	Presse Web	Quotidien	Provinciale	Montréal	Groupe TVA
Canoe	Presse Web	Quotidien	Provinciale	Montréal	Québecor Média
Le Quotidien	Presse Web	Quotidien	Régionale	Saguenay	Groupe Capitales Médias
Le Journal de Québec	Journal	Quotidien	Régionale	Québec	Québecor Média
Radio Canada International	Presse Web	En continu	Internationale	Montréal	Gouvernement du Canada

Annexe 2 : Description du corpus

- A1 : Ici Radio-Canada – Nouvelles, 28 janvier 2016, site web.
- A2 : Borde, Valérie, L'actualité, 21 janvier 2016, site web.
- A3 : Le Gaboteur (St John's, NL), 8 février 2016, p.15.
- A4 : Vadeboncoeur, Alain, L'Actualité, 1er juin 2016, site web.
- A5 : Archanbault, Héroïse, Le Journal de Québec, 22 avril 2017, p.9.
- A6 : Mercure, Philippe, La Presse, 16 décembre 2016, site web.
- A7 : Ici Radio-Canada – Nouvelles, 30 janvier 2016, site web.
- A8 : Agence France presse, 28 janvier 2016, site web.
- A9 : Sioui, Marie-Michèle, Le Devoir, 1er février 2016, site web.
- A10 : Le Devoir, 23 janvier 2016, site web.
- A11 : La Presse canadienne, 11 mai 2016, agence de presse.
- A12 : Ici Radio-Canada Mauricie Centre-du-Québec, Professeur Lionel Berthoux en parlant de Zika, 1er février 2016, site web.
- A13 : La Presse canadienne, 13 février 2016, agence de presse.
- A14 : Vadeboncoeur, Alain, L'Actualité, 2 février 2016, site web.
- A15 : Mercure, Philippe, Le Soleil, 28 janvier 2016, p.20.
- A16 : Keaten, Jamey et Cheng, Maria, 1er février 2016, La Presse canadienne, agence de presse.
- A17 : Mercure, Philippe, La Presse+, 12 février 2016, site web.
- A18 : Ici Radio-Canada – Nouvelles, 8 février 2016, site web.
- A19 : La Presse canadienne, 28 janvier 2016, agence de presse.

- A20 : Le Devoir, 6 septembre 2016, p.A4.
- A21 : Le Nouvelliste, 4 février 2016, p.13.
- A22 : Ramos, Natalia, Canoe, 28 janvier 2016, site web.
- A23 : Solé, Carola, Le Quotidien, 13 janvier 2017, site web.
- A24 : Smith, Adèle, La Presse+, 31 janvier 2016, site web.
- A25 : Lejeune, Anicée, Métro, 16 février 2016, p.19.
- A26 : Acadie Nouvelle, Le Pape en s'exprimant sur l'avortement, 19 février 2016, p.17.
- A27 : Métro, 27 janvier 2016, p.12.
- A28 : Le Soleil, 31 janvier 2016, p.16.
- A29 : Wilson, Stephen, Le Devoir, 11 février 2016, site web.
- A30 : Le Soleil, 31 janvier 2016, p.17.
- A31 : Le Devoir, 6 février 2016, p.A11.
- A32 : Radio Canada International, 1^{er} mai 2017, site web.
- A33 : La presse+, 1^{er} décembre 2016, site web.
- A34 : Le Devoir.com, 17 mai 2017, site web.
- A35 : Le Journal de Montréal, 1^{er} février 2017, site web.
- A36 : TVA nouvelles, 22 novembre 2016, site web.
- A37 : Canoe, 4 avril 2017, site web
- A38 : Martinez, Paloma, Radio Canada International, 1^{er} mai 2017, site web.
- A39 : Le journal de Québec, 19 novembre 2016, p.31.
- A40 : Mercure, Philippe, Le Soleil, 18 novembre 2016, p.27.

A41 : Le nouvelliste, 6 mars 2017, p.10.

A42 : Ruel-Manseau, Audrey et Côté, Charles, La presse +, presse web.

A43 : Parent, Stéphane, Ici Radio Canada, 7 mars 2017, site web.

A44 : Mercure, Philippe, Le Soleil, 28 janvier 2016, p.20.

A45 : Ici Radio Canada, 29 janvier 2016, site web.